Nr. 19. 6 maja 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Emilja PESZYŃSKA. Lwów.

Przyczynek do epidemjologji odry.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K. we Lwowie. (Dyr.: Prof. Dr. Fr. Gröer).

Powszechnie przyjęte jest zapatrywanie, że zakażenie odrą dokonuje się przez bezpośrednie zetknięcie się z chorym. Tymczasem w Klinice tutejszej zdarzył się przypadek, który jest jakby zaprzeczeniem tego poglądu. Ta okoliczność skłania też do opisania przypadku, jaki mieliśmy sposobność spostrzegać.

Dnia 26. IV. 1927 r. przyjęto do kliniki dziewczynkę 16-miesięczną, z powodu wysiękowego zapalenia opłucnej po stronie prawej.

Wywiady bez znaczenia. Chorób zakaźnych nie przechodziła.

Stan w dniu przyjęcia: Dziecko bardzo blade, robi wrażenie ciężko chorego. Gruczoły wszystkie powiększone. Płuca: Po stronie prawej z tyłu, począwszy od grzebienia łopatki ku dołowi stłumienie. Tamże szmery oddechowe wybitnie osłabione. Po stronie lewej wypuk jawny, a szmery oddechowe prawidłowe. Serce: bez zmian. Odczyn Pirqueta silnie dodatni. Nakłucie jamy opłucnowej w 7-mem przestworzu międzyżebrowem z tyłu, wykazało płyn surowiczy, o zabarwieniu bursztynowem, jałowy. Po 2 tygodniach poprawa stanu ogólnego, jak łaknienia i wagi ciała i stanu płuc: wypuk nieco jawniejszy, szmery oddechowe mniej osłabione. W 3 tygodnie po przyjęciu do kliniki płyn w jamie opłucnowej uległ wessaniu. Stan płuc prawidłowy, tylko po stronie prawej z tyłu stwierdza się skrócenie wypuku. 23. V. Objawy nieżytowe nosa i spojówek, rozpulchnienie i zaczerwienienie migdałków. Ciepłota 39.7. 25. V. Nasilenie objawów nieżytowych. 26. V. Plamki Koplika na błonie śluzowej jamy ustnej. Wieczorem początek wysypki odrowej na twarzy. Wysypka, objąwszy całą skórę ciała, utrzymywała się do 30. V., poczem nastąpił spadek ciepłoty i zblednięcie wysypki odrowej. 3. VI. Ciepłota ciała 37.2. Odtąd ciepłota jest stale prawidłowa, tylko brak łaknienia, trwający jeszcze przez kilka dni.

14. VI. Stała poprawa; dziecko w doskonałym stanie zdrowia opuściło klinikę.

Powyższy przypadek odry, mimo swego typowego przebiegu, zasługuje na uwagę, ze względu na sposób zakażenia.

Przystępując do jego szczegółowego rozważania, trzeba zaznaczyć, że od 1½ roku nie było w klinice żadnego przypadku odry. Nieprzyjęto ani też nie wydano z kliniki dziecka nawet podejrzanego o odrę.

Chora nasza przebywała w klinice od miesiąca, zanim ujawniły się zwiastuny odry. W czasie tym stykała się jedynie z personalem klinicznym, bo nawet niedzielne odwiedziny rodziców ograniczają się do oglądania dzieci, przez zamknięte drzwi oszklone.

Wstęp na salę chorych jest niedozwolony, pozatem dzieci z poza kliniki niemaia prawa wstępu do Oddziałów wewnętrznych kliniki. Dalszą okolicznością, zasługującą na podkreślenie, jest ta, że dziecko od chwili przyjęcia przebywało stale w łóżku na sali z przegródkami *(boxes)*. Sala ta ma osobny, dobrze wyszkolony personal pielęgnujący i lekarza, który wprawdzie równocześnie był zajęty w Przychodni klinicznej, lecz chorych na sali badał zawsze rano, przed rozpoczęciem przyjęcia w Przychodni.

Wreszcie należy dodać, że na sali z przegródkami pilnie przestrzegany jest regulamin kliniczny, który nakazuje mycie rąk i zmianę płaszcza przed każdorazowem zbliżeniem się do każdego chorego.

Jak więc wynika z przytoczonych faktów, można w naszym przypadku wykluczyć zakażenie bezpośrednie. Pozostają więc do przyjęcia 2 możliwości: 1) Przeniesienie zarazka przez zewnętrzne okno Przychodni z prądem powietrza z parteru na I piętro. Byłby to zatem przypadek podobny do opisanego przez Moro, w którym zarazek miał się rzekomo dostać przez kanał odpowietrzający z 1-go na 2-gie piętro. 2) Przeniesienie zarazka za pośrednictwem osoby trzeciej. Co do 1-go sposobu, z założenia uważać go należy za zbyt wyszukany. Co się tyczy drugiego sposobu, wprawdzie większość autorów, jak Jochmann, Feer, Rietschel wyklucza go, lecz przecież są w piśmiennictwie opisy faktów, stwierdzających możliwość przeniesienia jadu tą drogą. I tak Wagener podaje, że on sam skutkiem przebycia poronnej odry w postaci nieżytu nosa i spojówek stał się źródłem zakażenia dla dwojga swych dzieci. Filatow opisał przypadek odry u 8-letniego chłopca, który, z powodu płonicy z następowem zapaleniem nerek, przez czas 5-ciu tygodni nieopuszczał mieszkania, przyczem stwierdzono, że w sąsiedztwie nie było odry.

W przytoczonym przypadku skłaniamy się również do przyjęcia tej ostatniej drogi zakażenia, tem bardziej, że w czasie, odpowiadającym okresowi wylegania odry, a więc 10 dni przed wystąpieniem objawów nieżytowych u naszej chorej, nie było w przychodni klinicznej przypadku podejrzanego o tę chorobę. Natomiast lekarz, prowadzący Oddział, na którym ona przebywała, podaje, że 11. V., t. j. 15 dni przed wystąpieniem u niej wysypki, był wezwany do dziecka poza Klinikę, u którego stwierdził początek odry. Dopiero w 5—6 godzin później odwiedził dzieci na swym Oddziele, lecz badał je aż następnego dnia rano. Sam ten lekarz pozostał zupełnie zdrowym.

Wprawdzie już okres 5-ciu godzin wydać się może zbyt długim dla zachowania żywotności zarazka odrowego, który, według spostrzeżeń dotychczasowych, łatwo ginie poza ustrojem ludzkim, ale innego tłumaczenia nie możemy podać dla tego zagadkowego zakażenia.

Jeszcze jeden ciekawy szczegół należy podnieść w naszym przypadku, a mianowicie korzystny wpływ odry na istniejące poprzednio zakażenie gruźlicze. Jak wiadomo, odra należy *par excellence* do tych schorzeń, w których zachodzi przestrojenie zazwyczaj ujemne odczynowości organizmu. Rozbudzenie przez odrę drzemiącej w ustroju gruźlicy należy do spostrzeżeń codziennych. Według Pirqueta, jestto następstwem braku przeciwciał gruźliczych t. zw. ergin, które giną. Brakiem ergin tłumaczy się również spostrzegane w przebiegu odry zjawisko zmiany poprzednio dodatnich odczynów tuberkulinowych na ujemne (Pirquet-Mantoux).

Wyjątkowo zdarza się stłumienie procesu gruźliczego pod wpływem odry. Takie 2 przypadki spostrzegali S. Progulski i W. Jasiński w 1921 r. wczasie przypadkowej epidemji odry w tutejszej Klinice. Podobnie było z nasza chorą. Przebyła ona wysiękowe zapalenie opłucnej na tle gruźliczem. Odczyn tuberkulinowy Pirqueta był silnie dodatni i stałe zwyżki ciepłoty ciała, które po odrze cofnęły się w zupełności, i obecnie w kilka miesięcy później rozwój dziecka jest bardzo dobry.

Piśmiennictwo.

1) Moser: Masern. Handbuch der Kinderheilkunde Pfaundler-Schlossmann. T. I. 1906. —2) v. Gröer - Pirquet: Masern. Handbuch der Kinderheilkunde: Pfaundler - Schlossmann: T. II. 1924. — 3) Feer: Masern. Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1922 — 4) Filatow: Masern. Vorlesungen über akute Infektionskrankheiten. 1897: — 5) Heubner: Masern. Jahrbuch der Kinderheilkunde. T. 1. 1908 — 6) Jochmann: Masern. Infektionskrankheiten. 1924. — 7) Kassowitz: Isolierung von Infektionskrankheiten (Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde T. 24. 1923). — 8) Rietschel: Masern. Kinderheilkunde. — 9) Tensam: Zur Maserprofilaxe. Nach Degkwitz. (Zeitschrift für Kinderheilkunde. T. 29. 1921. — 10) W. Jasiński i S. Progulski: Uwagi nad epidemjologją i kliniką odry: (Pediatrja Polska. T. 2. z 3. 1922):

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. kliniki. Lwów.

Doświadczenia kliniczne ze Somnifenem.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Oddawna istnieją usiłowania, mające na celu zmniejszenie, lub nawet zupełne usunięcie bólów porodowych. Podawano liczne sposoby, żaden z nich jednak nie odpowiadał wszystkim wymaganym warunkom.

Pomijając bowiem, że najidealniejszy byłby taki środek, którego łatwość zastosowania pozwalałaby na użycie go nie tylko w zakładach, ale także w praktyce prywatnej, musiałby on jeszcze dawać rękojmię zupełnej nieszkodliwości i to równie dla matki, jak i dla płodu.

Wymagać również należy, aby ani podczas porodu, ani też później w połogu nie występowały jakiekolwiek powikłania, które możnaby choćby pośrednio odnieść do środka znieczulającego. Wszelkie powikłania, mogące przedłużyć czas trwania porodu, lub, co gorsze, zmienić prawidłowy poród na patologiczny, przemawiają zasadniczo przeciw użyteczności danego środka. Podobnie i objawy uboczne, o ile są zbyt przykre lub niepokojące.

Porody, przebiegające gładko i samoistnie nie przedstawiają najczęściej tak silnego urazu, aby należało liczyć się z jego szkodliwemi skutkami. Odnosi się to raczej do porodów, w których występują poważniejsze powikłania i porodów operacyjnych. A właśnie w tych przypadkach wszystkie dotychczas stosowane sposoby nie zadowalają w zupełności.

Narkoza inhalacyjna i wlewania do kiszki stolcowej nie dały pożądanych wyników. Ogólne uśpienie eterowe, czy chloroformowe, nie może mieć zastosowania u wielu rodzących z powodu zmian w płucach lub w sercu. Wlewania zaś do kiszki stolcowej niepozwalają na należyte dawkowanie środka usypiającego i mogą być trudne, a nawet niemożliwe, gdy główka płodu znajduje się już nisko. Wlewania mieszaniny eteru z oliwą do kiszki stolcowej wywołują uśpienie zaledwie w 18.7%, pomimo wielkiej nawet dawki. Dopiero równoczesne wstrzykiwanie morfiny poprawia wyniki te na 78.5%. Dla utrzymania jednak i pogłębienia snu konieczne jest uśpienie eterowe lub chloroformowe. Wlewania do kiszki stolcowej mogą być przyczyną miejscowych i ogólnych powikłań w postaci porażenia ośrodka oddechowego, martwicy jelita, zwyrodnienia tłuszczowego wątroby i nerek.

Prócz tego wiele kobiet ma bardzo przykre następstwa po uśpieniu w postaci silnego bólu głowy, uporczywych nudności i wymiotów i t. p. Często występuje też niedowład macicy. Uśpienie ogólne wymaga zawsze obecności lekarza w czasie snu i nie może być stosowane przez czas dłuższy bez obawy narażenia matki lub płodu. Najważniejszą jednak przeszkodą jest to, że czas od rozpoczęcia bólów, aż do ukończenia porodu jest zbyt długi, aby można było utrzymywać rodzącą w stałem uśpieniu. Wiadomo zaś, że najbardziej bolesny jest właśnie pierwszy okres porodowy. Polecana przez niektórych autorów hipnoza, nie może wyjść poza zakres próbnych, klinicznych doświadczeń, bardzo zresztą interesujących. Nie można bowiem nigdy przewidzieć rozmiaru szkód, które mogą powstać u rodzącej, skłonnej do zaburzeń psychicznych. Metoda ta zresztą wymaga specjalnego fachowego wyszkolenia i dlatego też nie może być wykonywana przez ogół lekarzy.

Znieczulanie krzyżowe i lędźwiowe również nie jest pozbawione pewnych niebezpieczeństw. Jakkolwiek zwolennicy tych metod mieli na ogół nie złe wyniki, jednak sami przyznają, iż zdarzają się przykre powikłania. O ile idzie o chorą, która musi być operowana, z powodu jakiegoś cierpienia ginekologicznego, takie niepożądane następstwa znieczulenia można uważać jako nieuniknione, w pewnym odsetku, powikłania. Nie można jednak narażać na nie kobiety, o której wiemy, iż według wszelkiego prawdopodobieństwa, poród odbędzie gładko i bez powikłań. Nie przyjęła się również polecana przez Kröniga i Ganssa, a ulepszona przez Siegla, metoda, polegająca na utrzymywaniu rodzącej w półśnie, wywołanym przez morfinę i skopolaminę, pomimo niewątpliwych zalet, jakie ona posiada. Metoda ta uległa następnie licznym zmianom. Straub sporządził w miejsce łatwo rozkładającej się skopolaminy bardziej trwałą mammit-skopolaminę i zastąpił morfinę narkofiną, która jest mniej szkodliwa dla płodu. Połączenie obu preparatów z chininą, w przetwór nie ulegający rozkładowi nazwano amnezyną. Siegel opracował ścisłą metodę stosowania i dawkowania. W metodzie tej dwa środki działające antagonistycznie — o ile idzie o oddechanie, krążenie, peristaltykę i wydzielanie — łączą się i potęgują swe działanie, wywołując zniesienie bolu i pamięci.

Niedawno wystąpił Stein z nowym sposobem uśmierzania bólów porodowych. Oparł on się na metodzie, podanej przez Gwathmeya, której podstawą jest synergetyczne działanie usypiające, wywołane przez morfinę, siarczan magnezowy i mieszaninę eteru, alkoholu i oliwy, do której dodano wodobromek chininy. Morfinę i siarczan magnezowy wstrzykuje się podskórnie, mieszaninę zaś wlewa się do odbytnicy. Równoczesne podanie siarczanu magnezowego ma zwiększać kilkakrotnie znieczulające działanie morfiny. Lörincz, Ecke i Taubert widzą główne działanie w mieszaninie eterowo-alkoholowej. Alkohol ma zapobiegać nagłemu wchłanianiu się eteru, a oliwa uszkodzeniu jelita przez eter. Chinina ma przeciwdziałać osłabieniu skurczów macicy. Aby zapobiec częstej zamartwicy płodu, zastępują niektórzy autorowie morfinę pantoponem. Metoda ta, jakkolwiek nie odpowiada bezwzględnie wszystkim wymaganiom, godna jest uwagi i prób. W klinice naszej rozpoczęliśmy doświadczenia z tą metodą; jak dotąd są one bardzo zachęcające. Szczegółowe wyniki ogłoszone będą we właściwym czasie.

Maier i Maurer stosowali oszołomienie narcylenem. Metoda ta pozwala na dość duże stopniowanie, a działanie usypiające trwa przeszło sześć godzin. Przedłużone oszołomienie eterem, czy chloroformem zupełnie nienadaje się w położnictwie. Małe dawki nie wystarczają, większe zaś powodują ustanie bólów porodowych i skurczów macicy i mogą zagrażać życiu dziecka.

Podobnie morfina. W małych dawkach działa ona pobudzająco na macicę nie wywołując zupełnie znieczulenia, w większych zaś, znosi skurcze macicy. Wysokość dawki potrzebnej do działania zależy głównie od wrażliwości ustroju.

W ostatnich czasach poczęto stosować Somnifen. Jest to środek o własnościach znieczulających i usypiających, zawierający kwas isopropylallylbarbiturowy i kwas diaethylarbiturowy czyli veronal. Doświadczenia na ludziach i zwierzętach wykazały, że pierwszy składnik tego preparatu ulega w całości spaleniu i rozłożeniu w ustroju, gdyż w moczu nie można go zupełnie wykazać, natomiast veronal wstrzyknięty podskórnie, zostaje w większej częśc niezmieniony wydalony drogą nerek. Wydalenie to (w ilości około 70%) odbywa się jednak bardzo powoli, bo w ciągu kilku dni. Skutkiem tego większe dawki mogą ulec kumulacji i wywołać zatracie, które objawia się zaburzeniami akkomodacji mięśni ocznych, porażeniami i oczopląsem. Najsilniej działa Somnifen wstrzykiwany dożylnie; przykre zaś uboczne objawy, jak nudności, zawroty głowy, wymioty i biegunki odnieść należy do zatrucia veronalem, wchodzącym w skład Somnifenu. Pomiędzy dawką trującą, a dawką śmiertelną jest jednak bardzo szeroka granica. Dowodzą tego spostrzeżenia Meyera, który w ciągu 2½ dni wstrzyknął pewnej chorej 20 ccm tego środka bez poważniejszych uszkodzeń, a nadto przypadek Diettena dotyczący pewnej histeryczki, która wypiła 15 ccm S. i po kilkudniowym śnie wyzdrowiała.

W chorobach nerwowych używano Somnifenu początkowo symptomatycznie dla uspokojenia podnieconych chorych, jakoteż dla leczenia bezsenności. Weiss stosował ten środek w chorobach wewnętrznych i nerwowych i miał dobre wyniki. Uważa on ten środek jako poważny i radzi stosować go jedynie w cięższych przypadkach bezsenności, gdy inne środki zawiodły.

Strauss przeprowadził szereg doświadczeń u umysłowo chorych. Były to przypadki schizofrenji. Wstrzykiwano 0.01 mf + 0,001 skopolaminy, a po pół godziny 4 ccm Somnifenu podskórnie. Dawkę tę powtarzano w miarę potrzeby. Przekonano się, że środek ten nie jest dla życia niebezpieczny, jakkolwiek często nawet po średnich dawkach występują objawy móżdżkowe. Naogół jednak leczenie to nie dało zadowalających wyników, a w miejscu wstrzykiwań podskórnych tworzyły się często nekrozy.

Kläsi i Möllenhoff odnoszą się dość sceptycznie do wyników leczenia S. w chorobach umysłowych, które charakteryzują się właśnie tem, że występują w nich samoistnie nagłe, chwilowe poprawy. Przytacza on kilka przypadków, w których S. był przyczyną zejścia śmiertelnego, pomimo, że obdukcja zwłok nie wykazała charakterystycznych objawów dla zatrucia veronalem, jak np. płynna krew w sercu i objawy nerkowe. Dla nas spotrzeżenia te miały duże znaczenie, gdyż zwróciły naszą uwagę na niebezpieczeństwo kumulacji dawek i na wpływ S. na ośrodek oddechowy. W czasie snu bowiem spostrzegano często znaczną zmienność *(labilitas)* oddechów pomimo dobrego tętna. Jest to objaw miejscowego działania mózgowego znany w przypadkach zatrucia veronalem.

Kläsi stwierdził, że objawy uboczne i stopień ich nasilenia pozostawał w zależności od siły i budowy ciała. Naogół mężczyźni okazali się bardziej odporni na działanie usypiające. Przeczą temu jednak spostrzeżenia Möllenhoffa.

Ravina i Gizot podają przypadek śmierci u chorego alkoholika, który cierpiał na silny niepokój. Wstrzyknięto mu 10 ccm S. śródżylnie. Już w czasie wstrzykiwania wystąpił sen głęboki i spokojny, który trwał około 12-tu godzin. Przez cały czas tętno, jakoteż oddechanie było zupełnie dobre. Nagle w 13-tej godzinie wystąpiła zmiany barwy twarzy, utrudnienie oddechu, 40° ciepłoty i w krótkim czasie śmierć. Obdukcja nie wykazała żadnych organicznych schorzeń, tak, że autorowie uważają S. jako przyczynę I niewątpliwie tak było, gdyż 10 ccm śródżylnie jest stanowczo dawką na raz za dużą nawet dla silnego i zdrowego mężczyzny. Dwa przypadki Fuhrera zakończyły się śmiercią skutkiem porażenia serca i ośrodka oddechowego.

Wyler spostrzegał niekorzystne wyniki stosując S. w przypadkach nieregularnego tętna. Występowało bowiem nagłe osłabienie czynności serca. Niektórzy autorowie przestrzegają również przed stosowaniem S. w schorzeniach nerek, jakkolwiek Gatti i Cajola nie widzieli żadnych powikłań ani niekorzystnego działania podając S. przez kilka tygodni chorym na serce i nerki. Salis podaje przypadek *crises gastriques*, który bezskutecznie leczono od dłuższego czasu. Dopiero śródżylne wstrzykiwanie S. usunęło ataki i działało zapobiegawczo.

Wirtz stosował 4—6 ccm śródżylnie i otrzymywał sen trwający szereg godzin. Powikłań żadnych nie było.

Müller zaś uważa S. za środek niebezpieczny. Zwraca on uwagę na różnice indywidualne, od których zależy korzystne lub szkodliwe jego działanie.

Rabau stosował S. w małych zabiegach ginekologicznych, wstrzykując 3—5 ccm śródżylnie. Po głębokim, kilkudniowym śnie, występowało zamroczenie trwające około 30 godzin. Chore skarżyły się na silny ból głowy i ucisk. Próbowano również wykonywać laparotomie u mężczyzn w tem uśpieniu. Po wstrzyknięciu śródżylnem występował głęboki sen i zupełne zniesienie odruchów; wkrótce jednak, bo już po kilku minutach, występowało tak silne podniecenie i napięcie mięśni, że musiano dodawać eteru. Niekiedy podniecenie takie występowało również po operacji. W jednym przypadku po 6 ccm S. zamroczenie trwało 3 dni i połączone było z drżeniem lewej połowy ciała i zaburzeniami mowy. W innych przypadkach spostrzegał Rabau po 6 ccm S., w 10 godzin po zabiegu, silną duszność, sinicę, spadek ciśnienia krwi z 110 na 70 mm Hg, i zniesienie odruchu rogówkowego przez dłuższy czas, źrenice zaś reagowały prawidłowo. Rabau przestrzega przed zbytniem zaufaniem do S. Jako najbardziej niepokojący objaw, uważa on zniesienie odruchu połykania na długi czas, niekiedy do 30 godzin i uważa, że wszystkie te objawy razem wzięte usposabiają chorego po operacji do zapalenia płuc.

Sigwart, który zasadniczo jest zwolennikiem uśpienia inhalacyjnego, przyznaje, że S. zmniejsza potrzebną ilość eteru czy chloroformu i pozwala na szybkie zaczęcie operacji, gdyż odpada moment podniecenia. Radzi on przed operacją wstrzykiwać 5 ccm S. dożylnie, a następnie dodawać kroplami eter, zwłaszcza w chwili otwierania jamy brzusznej.

Fredet natomiast wstrzykuje 0.01 mf + 0.0005 skopolaminy, a po kwadransie już na stole operacyjnym 5—10 ccm S. śródżylnie. W czasie operacji dodaje nieco eteru lub chloroformu. Co do sposobu i czasu stosowania Somnifenu, to istnieją zasadnicze różnice w poglądach autorów, którzy środek ten stosowali. Siegert stosował go domięśniowo w ilości 2—8 ccm, przeciętnie 4 ccm w różnych okresach porodowych. Jako najstosowniejszą chwilę uważał on koniec pierwszego lub nawet początek drugiego okresu. Nie zwracał on jednak szczególniejszej uwagi na konstytucję i wrażliwość rodzących. Na 10 opisanych przypadków, w 8 nie spostrzegał żadnych zmian w czynności porodowej; ani częstość i natężenie, ani też czas trwania bólów nie uległy zaburzeniu. W pozostałych zaś dwóch przypadkach wystąpiło wtórne osłabienie bólów porodowych, skutkiem długiego trwania porodu. W trzecim okresie spostrzegał on pewne zaburzenia, które odnosi do S. U dwu rodzących wystąpił niedowład macicy i zatrzymanie łożyska. W połogu występowało krótkotrwałe podwyższenie ciepłoty, zwłaszcza u tych kobiet, które rodziły dłużej niż prawidłowo.

Stosowanie więc S., zdaniem Siegerta, nie prowadzi do celu, a to skutkiem niedostatecznego znieczulenia. Zupełnego znieczulenia nie udało mu się uzyskać z wyjątkiem dwóch przypadków. Natomiast spostrzegał on liczne, nieprzyjemne objawy uboczne, występujące w czasie porodu i połogu. Do tych objawów zalicza on obwodowe skurcze naczyń, przechodzące w drgawki toniczno-kloniczne, silne wymioty, podrażnienie przewodu pokarmowego i sądzi, że objawy te, podobne do zatrucia veronalem, występują silniej skutkiem toksycznej kumulacji z drugim składnikiem preparatu. Objawy nerwowe ustępowały najczęściej w ciągu kilku dni, pozostawała jedynie senność i osłabienie. W dwóch przypadkach jednak porażenie nerwu twarzowego i okoruchowego utrzymywało się dość długo. W przeciwieństwie do tych wyników, podają Cleisz i Perlis bardzo dobre wyniki w 16 przypadkach stosowania S.

Schmidt w 20 przypadkach miał stosunkowo dobre wyniki, gdyż udało mu się otrzymać półsen w czasie porodu, nie wykluczający jednak możności porozumiewania się z rodzącą. Nie widział on upośledzenia czynności porodowej; siła bólów i czas trwania porodu były również prawidłowe. Dzieci okazywały wprawdzie pewną ospałość i niechęć ssania, objawy te jednak znikały po kilku dniach. Schmidt stosował S. śródżylnie i prawie wyłącznie w okresie wydalania płodu. Do doświadczeń wybierał on rodzące, u których poród zapowiadał się prawidłowo. Wysokość dawki wynosiła od 2—13 ccm, zależnie od siły fizycznej i konstytucji rodzącej. Złe wyniki Siegerta odnosi on do wstrzykiwań śródmięśniowych, podobnie jak i silny niepokój występujący w przypadkach Denizeta i Gavaodawa. Zgadza się jednak z autorami francuskimi (Dujol, Clément, Mestre, Riss), że S. nie nadaje się do ogólnej praktyki prywatnej.

Zachęcony temi wynikami podjął Siegert powtórnie doświadczenia i stosując S. wyłącznie śródżylnie otrzymał on jedynie w 10% dobre wyniki. Natomiast powikłania i objawy uboczne były tak znaczne, że uważa on środek ten za niebezpieczny, nie nadający się zupełnie do stosowania w położnictwie.

Przytoczone uwagi i spostrzeżenia dowodzą, jak sprzeczne panują poglądy co do wartości Somnifenu. Pragnąc przekonać się o istotnej wartości tego środka stosowaliśmy go w lwowskiej klinice położniczej. Początkowo podawaliśmy go rodzącym doustnie lub wstrzykiwaliśmy domięśniowo. Rychło jednak przekonaliśmy się, że sposób ten nie daje pożądanych wyników. Nie udało nam się bowiem uzyskać zupełnego uśpienia, pomimo stosunkowo dużych dawek (50—70 kropli lub 10—14 ccm). Natomiast bóle i objawy toksyczne po większych dawkach śródmięśniowych były tak silne i niemiłe dla rodzących, jakoteż dla otoczenia, że zaprzestaliśmy dalszych prób i wstrzykiwaliśmy S. wyłącznie dożylnie. Mając jednak na uwadze doświadczenia Möllenhoffa, byliśmy ostrożni i nie stosowaliśmy nigdy ani częstych ani też wysokich dawek. Możliwe, że w niektórych przypadkach nie byłoby zawodów, a przynajmniej wyniki byłyby bardziej pomyślne, gdybyśmy byli dawki lub ilość ich zwiększyli. Stosując jednak niezupełnie jeszcze poznany preparat, nie chcieliśmy rodzące narażać na niebezpieczeństwo kumulacji, które w przypadkach Möllenhoffa skończyło się nawet śmiercią. Dawki nasze zastosowane były do wzrostu i wagi rodzącej, oraz do ogólnej budowy ciała. Przeciętnie nie przekraczaliśmy 7 ccm. Przy sposobności tych prób przekonaliśmy się, iż S. znakomicie nadaje się jako środek nasenny dla położnic nerwowych, podnieconych i cierpiących na bezsenność. Znoszony dobrze w ilości 40—60 kropli, zależnie od przypadku, podany w zwykłej ocukrzonej wodzie lub herbacie, wywołuje sen trwający od 5—10 godzin. Dawki mniejsze nie działają zupełnie; na ogół — o ile chcemy mieć pewne działanie — lepiej jest stosować większe dawki. Niektórzy autorowie zwracają uwagę na przykry smak i zapach preparatu. Weiss poleca dodać nieco Trae valerianae i 10% spirytusu mentolowego celem poprawienia smaku. Można też stosować S. w lawatywach. W tym celu 50—70 kropli rozpuszczone w kilkunastu ccm wody wprowadza się do kiszki stolcowej za pomocą strzykawki. Nie wywołuje to żadnego podrażnienia jelit, a działanie występuje szybciej niż po podaniu doustnem. W sali porodowej jednak i ten sposób nie okazał się dobry, z wyjątkiem dwóch przypadków rzucawki porodowej, o czem będzie mowa później.

Z materjału położniczego wybieraliśmy początkowo przypadki, w których wymiary zewnętrzne miednicy były prawidłowe lub tylko nieznacznie zmniejszone, czynność porodowa w toku, pod koniec pierwszego lub z początkiem drugiego okresu porodowego. W połowie przypadków główka była ustalona. Tętno płodu było dobre tak pod względem ilości jakoteż jakości, wolne od szmeru, co mogłoby budzić podejrzenie okręconej pępowiny.

W dalszym ciągu doświadczeń stosowaliśmy jednak S. również i w przypadkach nieprawidłowych położeń, odpłynięcia wód płodowych, liczyliśmy się z możliwością operacji. Ogółem samoistnych porodów mieliśmy 35, operacyjnych 5. Pierwiastek było 22, wieloródek 18. Wiek rodzących od 20—39 lat.

Postępowaliśmy następująco: Po podskórnem wstrzyknięciu kofeiny (0.20 ccm), wstrzykiwaliśmy śródżylnie, najczęściej do żyły łokciowej, 4—4,5 ccm Somnifenu powoli, w ciągu przynajmniej minuty. Zwracaliśmy równocześnie baczną uwagę na stan rodzącej i tętno jej i płodu. O ile dawka ta okazała się niewystarczającą, dodawaliśmy po kilku godzinach jeszcze 2—2,5 ccm w ten sam sposób. W oznaczaniu wysokości dawki kierowaliśmy się budową ciała i stanem nerwowym rodzącej. Autorowie francuscy podają następujący schemat wysokości dawek: 1/10 wagi ciała + 1, to znaczy: rodzącej ważącej 55 kg można wstrzyknąć 5.5 ccm + 1 = 6.5 ccm. Dawki te są zdaniem naszem za duże do jednorazowego wstrzyknięcia. Przyjęliśmy więc powyższe obliczenie jako ogólną, najwyższą dawkę, a jako pierwszą jednorazową stosowaliśmy np. w przytoczonym powyżej przypadku 1/10 wagi — 1 t. j. 5.5 ccm — 1 = 4.5 ccm. Pozostałe 2 ccm pozostawialiśmy dla ewentualnych następnych wstrzyknięć, nie wcześniej jednak, niż po 3—5 godzinach po pierwszem.

Kläsi podaje dawkę 4—2—1, 2—1 ccm w odstępach 8—10—12 godzin. Malanowski stosując te dawki w ciągu 48 godzin u chorych, podnieconych katatoników, zauważył zatrzymanie moczu, pomimo podawania diuretyny, wysokie podniesienie ciepłoty i tak silne wahania tętna, że zmuszony był przerwać sen. U innej znów chorej po wstrzyknięciu 1 mg skopolaminy + 0.01 mf i 4 ccm S. wystąpił silny zapad, trwający przeszło 3 godziny, pomimo stosowania wszystkich możliwych środków nasercowych.

Jak indywidualnie różne jest działanie S. dowodzą inne znów przypadki, w których stosunkowo duże dawki, 4—4—3 ccm S. w odstępach 8—10—12 godzin nie wywołały ani uspokojenia ani snu. Furrer natomiast podawał umysłowo chorym codziennie po 4 ccm S. przez dłuższy czas i nie widział nigdy złych następstw, a nawet w połowie przypadków miał dobre wyniki lecznicze.

Potrzebę indywidualnego stosowania tego środka i odpowiedniego stopniowania dawki, podkreślają wszyscy autorowie, którzy go stosowali. Początkowo więc stosowaliśmy niskie dawki (2—3 ccm), lecz przekonaliśmy się rychło, że 4—4.5 ccm jest dawką, którą można bezpiecznie stosować w każdym przypadku, nawet bez ważenia rodzącej. Jest to równocześnie dawka, od której zaczyna się działanie usypiające i znieczulające S. godne uwagi. W sprawozdaniu więc niniejszem nie uwzględniamy tych wszystkich przypadków, w których dawka wynosiła mniej niż 4 ccm lub w których preparat podano doustnie lub wstrzyknięto domięśniowo.

Zwyczajnie już w czasie wstrzykiwania występowało działanie Somnifenu. Rodzące nagle przestawały widzieć, lub wpadały w oszołomienie połączone z silnym zawrotem głowy, podwójnem widzeniem lub zaniewidzeniem, powieki same opadały, napięcie mięśniowe ulegało zmniejszeniu i w kilkanaście sekund występował głęboki sen. Bóle ustawały zupełnie. Często spostrzegaliśmy zupełne zniesienie odruchu rogówkowego na czas kilku, a nawet kilkunastu godzin. Natomiast w czasie tym źrenice reagowały na światło zupełnie prawidłowo.

Mierzenie ciśnienia krwi przekonało nas, że następował spadek ciśnienia krwi systolicznego i diastolicznego. Słuszną wydaje się nam uwaga Hedingera i Kläsiego, że przyczyną tego jest poprawa warunków krążenia krwi na obwodzie w związku z psychicznem uspokojeniem rodzącej. Byłoby to więc dowodem, że unerwienie naczyń zależy od procesów korowych.

W przypadkach naszych po kilkunastu minutach występowały bóle, które powracały w regularnych odstępach czasu, jak przed zastrzyknięciem. W czasie bólów rodzące nie budziły się lecz jęczały przez sen. U kilku rodzących zauważyliśmy, iż po wstrzyknięciu wystąpiły bóle silniejsze od dotychczasowych. Stan takiego półsnu, w którym jednak kobiety reagowały na różne bodźce zewnętrzne, niekiedy nawet odpowiadały na pytania, trwał około trzech godzin, poczem zwolna ustępowało zamroczenie i uśpienie. W czasie bólu rodzące poczynały się budzić i otwierać oczy. W tym okresie zwykle wstrzykiwaliśmy następną dawkę, która nie przekraczała nigdy 2 ccm.

Dobry zupełnie wynik mieliśmy w 8 przypadkach. Były to wieloródki, którym wstrzyknięto S. na początku drugiego okresu i które przebyły we śnie cały drugi i trzeci okres porodu, poczem sen trwał jeszcze kilka godzin. Obudzone nie pamiętały zupełnie porodu i były zdumione zobaczywszy swe dzieci.

Naogół jednak okazało się, że 4 ccm są dawką nie wystarczającą i reszta rodzących (32) otrzymała drugą, a niektóre nawet trzecią dawkę. Oprócz bowiem wspomnianych ośmiu wieloródek u innych rodzących w chwili przerzynania się główki nie spostrzegaliśmy ani znieczulenia, ani zmniejszenia odczuwania bolu.

W 10 przypadkach S. zawiódł w zupełności. Nie wystąpiło ani uśpienie, ani znieczulenie. Były to pierwiastki i wieloródki, którym wstrzyknięto S. w pierwszym okresie, gdy ujście zewnętrzne rozwarte było na 3—4 palce. Po kilkunastuminutowem oszołomieniu, połączonem z zawrotami głowy, szumem w uszach, podwójnem widzeniem i nudnościami, rodzące oprzytomniały wraz z powracającym bolem i nie odczuwały zmniejszenia lub znieczulenia bolów.

Czem można wytłumaczyć te zawody? Nie udało nam się wyjaśnić tego, pomimo, że zwracaliśmy uwagę na wiek, stanowisko społeczne, liczbę przebytych porodów i t. p. Były to bowiem kobiety w wieku 26—32 lat, pierwiastki, wieloródki, z różnych klas społecznych, różnej inteligencji i wykształcenia. Nie wykazywały one również jakichś specjalnych objawów nerwowych. Pod względem położniczym w przypadkach tych nie było żadnych powikłań, a porody odbyły się prawidłowo, siłami natury. Musimy zatem przyjąć, że przyczyną niepowodzeń były indywidualne właściwości rodzących i różnice, które nie dają się oznaczyć dotychczasowemi sposobami badania fizykalnego, lecz które niewątpliwie istnieją. Jeżeli pojęcie konstytucji utożsamimy z ustrojem jako takim w całości, ze znanemi i nieznanemi jeszcze czynnościami wszystkich narządów wspólnie i osobno, to — biorąc pod uwagę różną dla każdej rodzącej wrażliwość ustrojową — musimy liczyć się z dwiema najbardziej skrajnemi możliwościami. Jedna — to pewne osłabienie tej ogólnej wrażliwości, może się stopniować aż do granicy zupełnego jej zaniku, a wtedy zupełny brak działania S. odnieść należy do tej właśnie zmniejszonej wrażliwości — i druga możliwość, idąca w przeciwnym kierunku i w następstwie dająca nadmiernie zwiększoną wrażliwość ustrojową, umożliwiającą nie tylko wystąpienie ogólnych i specyficznych objawów zatrucia, lecz doprowadzająca do tak silnego działania na odpowiedni odcinek mózgu, że gwałtowne podniesienie ciepłoty lub nagłe porażenie ośrodka oddechowego staje się zrozumiałe.

Badania doświadczalne na zwierzętach przekonały autorów, że każde znaczniejsze podniesienie ciepłoty może być objawem poczynającego się zatrucia, może jednak wystąpić niekiedy z niewiadomych przyczyn, pomimo zastosowania odpowiedniej dawki. W naszych przypadkach nie było ani razu podwyższenia ciepłoty, ponad przeciętną w czasie połogu. Jedynie trzy położnice skarżyły się na ból gardła i utrudnione połykanie. Badanie wykazało zaczerwienienie miękkiego podniebienia i łuków i obrzęk języczka. Płukanie wodą utlenioną i okłady wysychające usunęły to cierpienie w kilku dniach. Nie wydaje się nam konieczne odnosić te zmiany w gardle do działania Somnifenu, jakkolwiek niektórzy autorowie (Möllenhoff) wspominają podobne objawy u chorych usypianych S. i przyjmują pewien związek przyczynowy.

W 4 przypadkach, działanie S. było połączone z bardzo silnym niepokojem, który uniemożliwił nawet utrzymanie krocza.

W trzecim okresie porodowym działanie S. było zwykle o wiele słabsze, niż w drugim. Ubocznych, niekorzystnych objawów i powikłań na ogół nie zauważyliśmy. Łożyska odklejały się w krótkim czasie, macica zwijała się prawidłowo. Kilkakrotnie wyciśnięto łożysko sposobem Crédego. Jedynie w jednym przypadku wystąpił silny niedowład macicy i krwotok, który zmusił nas do ręcznego wyjęcia łożyska. Zwykle jednak ilość wylanej krwi po porodzie nie przekraczała normy. W połogu nie było poważniejszych powikłań; ciepłota i tętno były prawidłowe, również zwijanie się macicy przebiegało normalnie. U pięciu położnic zauważono trudności w oddawaniu moczu. Trudności te usunięto jedno- lub dwurazowo wstrzyknięciem urotropiny śródżylnie. Tylko jedną położnicę cewnikowano przez dwa dni.

We wspomnianych jednak wyżej 4 przypadkach niekorzystnego działania S. na stan nerwowy, działanie to przeciągało się i na czas połogu. Objawiały one silny niepokój, zwłaszcza w pierwszych dwóch dniach, uporczywe nudności i wymioty, połączone z bólem i zawrotami głowy. Na te objawy zwracał już uwagę Rabau, który widział taki gwałtowny motoryczny niepokój w chwili ustępowania uśpienia. Natomiast Sigwart twierdzi, że objawy te są bardzo rzadkie i występują jedynie u bardzo nerwowych osób.

Oprócz zupełnej niepamięci przebytego porodu u wspomnianych ośmiu wieloródek, u wszystkich innych pamięć wykazywała jedynie braki. Zupełnej amnezji nie uzyskaliśmy. Położnice pytane o szczegóły nie pamiętały poszczególnych zdarzeń lub osób, zwłaszcza przez pierwsze 3 godziny po zastrzyknięciu S. Zorjentowanie się w istotnym stanie rzeczy, odnośnie do pamięci przebytego w półśnie porodu, natrafia na znaczne trudności. Zależy to bowiem nietylko od dobrej woli rodzącej, jej stanu umysłowego i inteligencji, lecz także od umiejętnego przeprowadzenia wywiadów. Zauważyliśmy bowiem nadzwyczajną skłonność do sugestji kobiet usypianych S.

W czasie snu stwierdziliśmy bardzo częste nadmierne rozszerzenie źrenic, które u kilku kobiet utrzymywało się przez kilka godzin. Objaw ten spostrzegali i inni autorowie.

Mając na uwadze własności obniżające ciśnienie krwi, próbowaliśmy stosować Somnifen w dwóch przypadkach drgawek porodowych. W czasie ataku wstrzykiwaliśmy dożylnie 3 ccm, a następnie dwa razy dziennie podawaliśmy lawatywy (60 kropli w kilkunastu ccm wody). Ciśnienie krwi obniżyło się znacznie jakkolwiek nie opadło zupełnie do normy. Po dwóch dniach wystąpiły bóle porodowe energiczniejsze i obie kobiety urodziły siłami natury żywe, donoszone płody. Podając S. w lawatywach nie stosowaliśmy już więcej śródżylnych zastrzyków, znieczulenia więc nie było zupełnie, gdyż ilość S. nie wystarczała, aby wywołać sen, a zwiększyć dawki nie chcieliśmy z obawy kumulacji.

Z powyższych spostrzeżeń widzimy, że Somnifen nie jest jeszcze ostatnim wyrazem w poszukiwaniu za środkiem znieczulającym bóle porodowe. Dowodzi tego 10 przypadków, w których znieczulenie zawiodło w zupełności i 4 przypadki, w których uśpienie połączone było z bardzo przykremi objawami ubocznemi. I jakkolwiek nie podzielamy zdania Siegerta, który odmawia temu środkowi jakiejkolwiek wartości, a nawet wprost przestrzega przed stosowaniem go, to jednak nie możemy zgodzić się na zapatrywania tych autorów, którzy uważają S. za doskonały środek znoszący bóle porodowe, który spokojnie stosować można w każdym przypadku. Doświadczenia nasze przekonały nas bowiem, że środek ten, użyty w odpowiedniej dawce, nie jest groźny ani dla matki, ani dla dziecka i — o ile stosuje się go w odpowiednio dobranych przypadkach — nie wywołuje znaczniejszych powikłań ani w czasie porodu ani też w połogu.

Bezkrytycznie jednak Somnifenu stosować nie można, zwłaszcza poza zakładami, w praktyce prywatnej. Nie do pomyślenia jest bowiem, aby można było w domu prywatnym stworzyć wszystkie warunki, od których zależy bezpieczeństwo rodzącej i pomyślny wynik. Wymagane są przedewszystkiem: zupełny spokój i cisza, przyćmienie światła i unikanie niepotrzebnych rozmów z rodzącą.

Pomimo bowiem snu, lekarz może porozumiewać się z uśpioną. Słuszna wydaje się nam uwaga Poeck'a, który w dyskusji

nad usypianiem w czasie porodu, podniósł, że zamroczenie, a zwłaszcza sen po porodzie może być przyczyną przeoczenia silnego nawet krwawienia, gdyż śpiąca położnica nie może zwrócić na to uwagi, a nie zawsze w domu prywatnym znajduje się uważająca i sumienna położna.

Konieczna jest doskonała służba pielęgniarska także i z tego powodu, że po śródżylnem wstrzyknięciu S. mogą wystąpić nagle zaburzenia oddechowe i ze strony serca, a wtedy szybka i umiejętna pomoc może zadecydować nawet o życiu rodzącej.

Wspomniany poprzednio niedowład macicy i silny krwotok w trzecim okresie pouczył nas, że wykluczyć należy od usypiania przypadki, w których są pierwotnie słabe bóle porodowe. Przypadek nasz dotyczył 32 letniej wieloródki (wymiary macicy były prawidłowe), której wstrzyknięto 4.5 ccm Somnifenu w pierwszym okresie, gdy ujście macicy było rozwarte zaledwie na 3 palce. Natychmiast po wstrzyknięciu wystąpił głęboki sen trwający około 4 godziny. Słabe i w długich odstępach czasu zjawiające się bóle ustały zupełnie. Stan ten trwał przeszło 30 godzin. Następnie pojawiły się znów bóle i po 3 godzinach odpłynęły wody płodowe, przy ujściu całkowicie rozwartem. W godzine później urodził się płód żywy, a w kilka minut potem wystąpił tak silny krwotok z powodu bardzo znacznego zwiotczenia macicy, że musiano wyjąć ręcznie odklejone już łożysko. Pomimo wstrzykiwań dożylnych i domięśniowych środków działających na mięsień macicy, zwiotczenie i krwotok nie ustawały i musiano macicę wytamponować. Mimowoli więc nasuwa się tutaj przypuszczenie, że właśnie S. był przyczyną tych powikłań.

Nie należy stosować Somnifenu również w przypadkach, w których mamy jakiekolwiek podejrzenie co do stanu płodu. Odnosi się to nietylko do przedwcześnie rodzących, syfilityczek, jakoteż i do tych, u których nie mamy pewności czy płód żyje, gdyż te przypadki same przez się wykluczają znieczulanie lub usypianie. Mamy na myśli przedewszystkiem te przypadki, w których tętno płodu pokryte szmerem pozwala przypuszczać okręcenie pępowiny, lub gdy ilość i jakość tętna nasuwa podejrzenie, iż w dalszym przebiegu porodu mogą wystąpić różne powikłania, groźne dla życia dziecka.

W przypadkach operacyjnych stwierdziliśmy, iż po podaniu S. wystarczały nieduże dawki chloroformu lub eteru, aby uzyskać głęboki i spokojny sen. Wyniki te zachęciły nas do stosowania tego środka w operacjach ginekologicznych.

Większość chorych przepędza wieczór i noc poprzedzającą operację w stanie nerwowego podniecenia, co uniemożliwia sen. Jednorazowa lawatywa z 50—70 kroplami S. sprowadza uspokojenie i sen. Niektórzy operatorowie radzą nawet przed operacją wstrzykiwać 4—5 ccm S. śródżylnie i twierdzą, że oszczędza to w znacznym stopniu ilość potrzebnego do uśpienia eteru czy chloroformu. Bezwzględnie należałoby jednak wyłączyć chore z poważniejszemi zmianami w mięśniu sercowym. Nie można bowiem nigdy ocenić siły i sprawności mięśnia sercowego i przewidzieć czy nie zawiedzie ona w chwili krytycznej. Natomiast w innych schorzeniach serca środek ten może być stosowany bez obawy, a nawet jest polecenia godny w stanach bolesnej dusznicy i u hipertoników, jakoteż w zaburzeniach, w zakresie ośrodków naczynio-ruchowych, na które działa on uspokajająco.

Przytoczone wyżej spostrzeżenia dowodzą, że sam S. nie wystarcza do przeprowadzenia operacji. Nie rozporządzamy jeszcze odpowiednim materjałem ginekologicznym, zdaje się nam jednak, że metoda ta nie może być lepszą od dotychczasowych, a to ze względu na ilość podawanych trucizn.

Streszczając się stwierdzamy, że:

1) Somnifen nie nadaje się do praktyki ogólnej prywatnej, poza zakładami położniczemi.

2) Nie jest on niebezpieczny ani dla matki ani dla dziecka pod warunkiem nieprzekraczania przeciętnej dawki.

3) Działanie jego jest w wysokim stopniu zależne od właściwości indywidualnych i dlatego wskazany jest dobór odpowiednich przypadków.

4) Somnifen ma znaczenie głównie jako środek uspokajający i dla tego nadaje się do kombinacji z innemi środkami nasennemi, których działanie po S. jest lepsze i wydatniejsze.

Piśmiennictwo.

Ganss: Ztrbl. f. Gyn. 1920, Arch. f. Gyn. 1906. — Gwathmey: Amer. J. of. Obstr. 1925. — Ecke-Taubert: Ztrbl. f. G. 1926. — Lörincz: Ztrbl. f. Gyn. 1924. — Lembke: M. m. W. 1921. — Siegel: Mon. f. G. u. G. 1917. M. m. W. 1918, Ztrbl. f. G. 1921. — Siegert: Ztrbl f. G. 1926. — Sigwart: M. m. W. 1926. — Schmidt: Ztrbl. f. Gyn 1925. — Stein: Mon. f. G. u. G. 1925. — Rabau: M. m. W. 1925.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Daniel BERLAS. Lwów.

Poród siłami natury w przypadku niskiego poprzecznego ustawienia główki.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński:

Przypadek, który mam zamiar opisać, a który miałem sposobność spostrzegania niedawno w klinice położniczej lwowskiej, dotyczy osoby 28-letniej, która rodziła raz przed $3^{1}/_{2}$ laty, na czasie, siłami natury. W chwili przyjęcia chorej na klinikę (dnia 1. XI. 1927 r. L. pr. 967/27 poł.) stwierdzono położenie czaszkowe II. i niskie poprzeczne ustawienie główki, płód żywy. Miednica, o typie miednicy płaskiej krzywiczej, o wymiarach: D. spn.: 25, crist.: 27, troch.: 31, c. externa: 19.

Przebieg porodu był następujący:

Bóle rozpoczęły się 31. X. popołudniu i w chwili przyjścia na klinikę były dość silne, przerwy między bólami średnio długie. Dnia 1. XI. o godz. 10.55 przy silnej czynności porodowej w rozwierającej się szparze sromowej ukazał się napięty silnie pęcherz płodowy, który przebito. O godz. 11.27 nastąpił poród siłami natury. W czasie przerzynania się główki stwierdzono, że szew strzałkowy przebiegał w wymiarze poprzecznym, ciemiączko małe było po stronie prawej, wielkie po stronie lewej, oba mniej więcej na jednym poziomie. Po kilku silnych bólach partych urodził się płód płci żeńskiej, żywy i donoszony wagi 3050 g, przyczem najpierw urodziła się okolica kości ciemieniowych, następnie wytoczyły się równocześnie: z pod prawego ramienia kości łonowej potylica, a z pod lewego czoło, prawe uszko wytoczyło się z nad krocza, a lewe z pod spojenia łonowego i to przez największe przegięcie główki najpierw w stronę barku górnego, następnie dolnego.

Barki i tułów urodziły się, jak zwyczajnie.

Wymiary płodu 51 cm. Barków: obwód 38, szerokość 14.

Suboccip. bregmat: dist.	9.5	—	circumfer. 32,5
Suboccip. frontal.: dist.	10	—	circumfer. 33
Frontooccip. dist.	10	—	circumfer. 33,5
Montooccip.: dist.	12	—	circumfer. 36,5
bitemporalis: dist.	8,5		
biparietalis: dis.	9,5		

W 10 minut później odeszło w całości łożysko siłami natury sposobem Schultzego. Łożysko składało się z dwóch części, nierównych, połączonych ze sobą dość wielkim mostem, w obrębie którego stwierdzono dużo zawałów.

Naczynia pępowinowe przebiegały śródbłoniasto na przestrzeni około 20 cm i to w ten sposób, że do jednej części (większej) łożyska dochodziły rozgałęzienia żyły pępowinowej, a do drugiej (mniejszej) dochodziły tętnice; jedne i drugie, przebiegając zbieżnie, po połączeniu się utworzyły sznur pępowinowy 58 cm długi. W przypadku tym mieliśmy więc do czynienia z

1) samoistnym porodem główki ze szwem strzałkowym w poprzecznym wymiarze miednicy,

2) przyczepieniem śródbłoniastem sznurka pępowinowego i

3) łożyskiem dwudzielnem.

Przebieg połogu gładki. 10-go dnia połogu w stanie dobrym opuściła chora klinikę wraz ze zdrowem dzieckiem.

Niskie poprzeczne ustawienie główki nie jest rzeczą zbyt częstą. Odsetek bowiem tego nieprawidłowego mechanizmu porodowego wynosi zaledwie $1 — 1^{1}/_{2}\%$ ogólnej liczby położeń czaszkowych, przyczem obejmuje on również przypadki, w których to ustawienie główki bywa przemijające. W zestawieniu Brockhausena z Freiburga wykazano na 3666 porodów w ciągu $4^{1}/_{2}$ roku 3 przypadki niskiego poprzecznego ustawienia główki, a Bauer, z kliniki Jaschke'go w Giessen, podaje ogółem 8 przypadków w tym samym czasie. Wysocki na przeszło 750 porodów na klinice we Wilnie spostrzegał 1 przypadek, a na naszej klinice w ciągu ostatnich lat rozpoznano ogółem tego rodzaju przypadków 4; z tych 2 były omawiane zeszłego roku w Towarzystwie Ginekologicznem przez asyst. Dr. Liebharta, a 2 stwierdzono w pierwszej połowie bieżącego miesiąca. Jeden z nich, to przypadek omawiany, drugi zaś dotyczy pierwiastki prawidłowej (dist. spin. 26, dist. crist. 29, dist. trochant. 33, conjug. externa 22) rodzącej na czasie, u której z powodu następowo osłabionej czynności porodowej i bardzo znacznego urazu porodowego oraz ze względu na grożącą zamartwicę płodu, ukończono poród operacją kleszczową.

Niskie poprzeczne ustawienie główki może powstać wskutek tego, że pewne opory przeszkadzają fizjologicznemu zwrotowi główki (n. p. wypadnięta rączka przy miednicach płaskich, skró-

cenie także wymiarów skośnych w miednicy lejkowatej), albo też wskutek tego, że brak jest pewnych momentów, które zmuszają w normalnych warunkach główkę do dokonania zwrotu. W pozostawaniu więc tej nieprawidłowości odegrać może rolę czynność porodowa oraz kanał rodny lub też wymiary i kształt główki albo jedno i drugie.

Specjalnie wchodzić mogą tu w grę np. słabe bóle w drugim okresie porodowym, które powodują niejako utknięcie główki w położeniu, w którem przeszła wchód. Ale także same niskie poprzeczne ustawienie może być przyczyną wtórnego wyczerpania się mięśnia macicznego, który nie jest w stanie pokonać oporów, na jakie napotyka główka, mająca dokonać zwrotu. Te opory zależą od budowy miednicy. Wiadomo, że niskie poprzeczne ustawienie główki przydarza się w miednicach krzywiczych lekko spłaszczonych. Główka pozostaje w ustawieniu takiem, jakie nadała jej płaszczyzna wchodu, t. zn. szew strzałkowy przebiega poprzecznie, a oba ciemiączka znajdują się na jednej i tej samej lub prawie na tej samej wysokości. Jeszcze bardziej charakterystycznem dla niskiego poprzecznego ustawienia główki jest miednica średnio ogólnie ścieśniona i zarazem płaska, a więc nieprawidłowość skombinowana. W przypadkach położeń główkowych z grzbietem zwróconym bardziej ku tyłowi główka może przejściowo znaleźć się w niskiem poprzecznem ustawieniu. Wiotkie części miękkie u wieloródek, pierwotnie lub następowo rozwarty kąt pomiędzy dźwigaczami odbytu, słowem mniej lub bardziej zniszczona i wiotka podstawa miednicy mogą również znieść przymus główki do dokonania zwrotu.

W powstawaniu jednak niskiego poprzecznego ustawienia główki ma także znaczenie płód. Małe główki płodów niedonoszonych, a zwłaszcza nieżywych, utrzymują się w tem ustawieniu z powodu braku sprężystości i napięcia więzadeł międzykręgowych, a, co zatem idzie, braku przymusu do dokonania zwrotu. To samo tyczy się porodu drugiego płodu w przypadkach ciąży bliźniaczej. Ustawienie obu ciemiączek na jednym poziomie ma znaczenie w mechaniźmie porodowym, gdyż prowadzi w drugim okresie do silnego wyprostowania kręgosłupa, wzdłuż którego działa siła, przenosząca się dwiema równej długości dźwigniami u podstawy czaszki na główkę płodu.

B i c k e n b a c h z kliniki Franque'a w Bonn, opisując ostatnio przypadek samoistnego porodu główki nisko poprzecznie ustawionej, usiłuje przedstawić mechanizm takiego porodu. Analizując przypadków 23, zebranych w piśmiennictwie przez Brühla odrzuca te, w których opory znacznego stopnia przeciwstawiły się prawidłowej dążności główki do dokonania zwrotu. Np. wypadnięcie części drobnych i zniekształcenia miednicy, uważając je za grupę, w której każdy przypadek ma swoje własne przyczyny. Natomiast porównuje ze sobą, ze względu na pewne wspólne cechy, przypadki, gdzie z powodu braku oporów przymus główki do dokonania zwrotu jest mały albo brak go zupełnie. Przez wyłączenie tej pierwszej grupy przypadków oraz spostrzeżeń, tyczących się płodów niedonoszonych, jako do studjum mechanizmu porodowego nie nadających się, ogranicza liczbę przypadków, dla jego celów, zasługujących na uwagę, do 6-ciu i dochodzi do wniosku, że warunkiem samoistnego przejśca główki w niskiem poprzecznem ustawieniu są wiotkie części miękkie, które występują u wieloródek. Na 6 powyżej wspomnianych przypadków, analizowanych przez B i c k e b a c h a, 5 tyczyło się wieloródek, a 1 tylko pierwiastki (Claus) z nader podatnem kroczem i podatną podstawą miednicy, które to części miękkie, mimo samoistnego porodu, nie doznały żadnych obrażeń.

Płaska miednica krzywicza zachodzi w 4 przypadkach z tych 6-ciu, przytem autor podkreśla również szeroko rozwarty łuk łonowy, co miało miejsce i w 5 przypadku miednicy nie krzywiczej. Jako ważny moment, który ułatwia przejście główki przez wychód bez dokonania zwrotu, podnosi autor, okoliczność, że w miednicach znacznie spłaszczonych przekrój wychodu ma raczej kształt okrągły, a nie owalny, z dłuższą osią wymiaru przednio-tylnego, jak to ma miejsce w miednicach normalnych.

Szósty przypadek naprowadza dalszy czynnik w tym mechanizmie bardzo ważny, mianowicie: kość ogonową silnie ku przodowi przesuniętą, przez co zbliża się jej koniec równocześnie do poziomu kolców siedzeniowych, a cała podstawa miednicy zwyczajnie lejkowata, staje się płytsza, odpada wobec tego rotacyjne działanie tego lejka.

Należy jednak z wyraźnym naciskiem podkreślić, że tylko same warunki, zachodzące ze strony ustroju i kanału rodnego matki nie wystarczają do samoistnego porodu w przypadkach niskiego poprzecznego ustawienia główki. Dowodem tego jest fakt, że wspomniane cechy dadzą się wykazać u bardzo wielkiej ilości wieloródek z płaską miednicą, tymczasem odsetek samoistnego porodu z niskiem poprzecznem ustawieniem główki jest znikomo mały. Musi tu więc mieć znaczenie, obok powyżej wspomnianych warunków, moment, który zjawia się jednorazowo. Jednorazowo zaś przy każdym porodzie występuje jako przedmiot porodu płód i postać jego główki jest conajmniej tak ważna, jak postać kanału rodnego i inne warunki ze strony ustroju matki. Niestety mało uwzględniano dotychczas czynnik wspomniany. Bezwątpienia chodzi tu o skrócenie wymiaru prostego główki oraz o odpowiednią jej konfigurację w duchu tego co Niemcy nazywają *„Kurzkopf mit vergrösserter Höhenzunahme"*. Dzieje się to np. w odpowiednich postaciach miednicy, zwłaszcza lejkowatej, wskutek zachodzenia kości ciemieniowych na potylicę i kość czołową.

W końcu jednym z momentów rozstrzygających o mechanizmie powstawania poprzecznego ustawienia główki jest jej t. zw. obojętne ustawienie, więc ani w przodo- ani w tyłozgięciu. Wówczas siła, działająca wzdłuż kręgosłupa płodu, przenosi się na 2 równej długości dźwignie u podstawy czaszki i działając na główkę płodu, nie pozwala jej na dokonanie fleksji.

W naszym przypadku wymiary miednicy wskazują na spłaszczenie jej o charakterze krzywiczym, dno miednicy i krocze, a więc części miękkie były bardzo wiotkie i podatne, czego dowodem brak jakichkolwiek obrażeń części miękkich, a płód donoszony i żywy, wagi odpowiedniej, wykazywał główkę prawie okrągłą. Zachodzą więc wszystkie warunki, jakich domaga się Bickenbach dla możności samoistnego porodu w niskiem poprzecznem ustawieniu.

Rokowanie co do możliwości porodu samoistnego niepewne. Nigdy z góry przewidzieć się nie da, czy poród nastąpi siłami natury, czy też zajdzie potrzeba pomocy. O jednem atoli należy pamiętać, mianowicie, że kleszcze w przypadkach niskiego poprzecznego ustawienia główki winno się zakładać jedynie pod ścisłemi wskazaniami w interesie matki lub dziecka, gdyż sama nieprawidłowość ta nie stanowi wskazania do tego zabiegu.

Rozpoznanie może być trudne, zwłaszcza gdy powstanie znaczne przedgłowie. O ile idzie o leczenie, to można próbować naprawić to ustawienie główki przez ułożenie rodzącej na ten bok, po którym znajduje się ciemię małe, z myślą że może ciemiączko małe się obniży wówczas główka może dokonać zwrotu. Jeżeli to się nie stało, o ile wystąpią wskazania do ukończenia porodu, rozwiązujemy rodzącą przy pomocy operacji kleszczowej.

W starszych i nawet w nowszych podręcznikach polecają dla tego celu założyć kleszcze Naegelego w wymiarze skośnym z wędrowaniem odnośnej łyżki. Główkę chwytają łyżki atypowo, co może łatwo spowodować społożenie się łyżek, obrażenia główki płodu lub też części miękkich matki.

W i n t e r rozróżnia w tych przypadkach dwie metody operacyj kleszczowych. W przypadkach t. zw. średniego ustawienia poprzecznego główki poleca najpierw uchwycić główkę w jej wymiarze przednio tylnym i ściągnąć ją na dno miednicy, poczem odpowiednią łyżkę zdjąć i założyć ją w odpowiedniem do położenia główki wymiarze skośnym, uchwyciwszy ją tak, jak już powyżej wspomniano, poczem poleca równocześnie rotując pociągnąć w dół, jak przy normalnie założonych kleszczach, dopóki główka nie dokona zwrotu i nie urodzimy jej w sposób typowy. W przypadkach gdy główka znajduje się na dnie, pierwsza część powyższej operacji odpada, a pozostaje tylko druga.

Na naszej klinice, w razie potrzeby, lubimy używać kleszczy Kjellanda, a to dlatego, że możemy główkę uchwycić w wymiarze poprzecznym, a więc typowo, co daje rękojmię, że łyżki nie będą się mogły społożyć. Zakładamy więc kleszcze tylko raz nawet gdyby główka była wyżej, a obrażenia części miękkich, z powodu bardzo nieznacznego wygięcia miednicowego tych kleszczy, ograniczają się do najmniejszych w odniesieniu do ewentualnego niestosunku porodowego.

Zakładamy zaś kleszcze w sposób następujący: Łyżkę przednią wprowadzamy wprost pod spojenie łonowe wygięciem główkowem zwróconem do główki, tylną łyżkę zaś zakładamy z tyłu wprost między kość krzyżową a główką. Chwytamy główkę typowo poprzecznie i powoli podczas bólu, podciągając, równocześnie rotujemy ją, uważamy na napinające się krocze, które w razie potrzeby odpowienio nacinamy, poczem po urodzeniu potylicy i guzów czołowych z pod spojenia łonowego i po zdjęciu kleszczy, rodzimy płód w sposób typowy na zewnątrz.

Przypadek opisany interesujący jest więc z powodu tego, że poród mimo poprzecznego ustawienia główki odbył się siłami natury, co nie jest rzeczą zbyt częstą.

N i e z a l e ż n i e od opisanej nieprawidłowości wspomnieć należy także o innych powikłaniach, jakie w przypadku tym istniały. A mianowicie o śródbłoniastem przyczepieniu sznurka pępowinowego, które mogło przy pęknięciu pęcherza płodowego, gdyby równocześnie przedarły się naczynia, stać się groźne i dla matki

i dla płodu, a gdyby te naczynia zostały przez główkę uciśnięte, mogłoby to drugie powikłanie spowodować obumarcie płodu.

Wreszcie i dwudzielne łożysko, o którem wspomniano, mogło z trudem lub niecałkowicie odejść względnie przedwcześnie się odkleić, co stanowiłoby groźne dla matki i dziecka powikłanie, w tym przypadku, trzecie.

Bez jakiejkolwiek pomocy, mimo tych powikłań poród przebiegał gładko.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE

Dr. Witold ZAWADOWSKI. Warszawa.

O energji promienistej i niektórych zastosowaniach jej w medycynie *).

W ostatnich latach bardzo rozpowszechniło się i spopularyzowało praktyczne zastosowanie stosunkowo niedawno odkrytego i zbadanego rodzaju energji promienistej, któremu pomysłowość ludzka kazała przenosić na odległość setek mil wołanie o ratunek tonącego okrętu, przekazywać w odległe kraje rozmaite wiadomości, popularyzować wiedzę, literaturę i muzykę.

Długie fale elektromagnetyczne, wysyłane przez potężne radjostacje, a chwytane przez niezliczone po wsiach i miastach antenny, to tylko pewien specjalny rodzaj energji promienistej, który jest drobną cząstką, wziętą z wąskiego odcinka bardzo rozległej skali rozmaitych fal elektromagnetycznych, tworzących obecnie prawie w całości już znany kompletny szereg, idący w jednym i drugim kierunku w nieskończoność.

Fale któremi się posługuje radjofonja do przenoszenia głosu, ciepło promieniste czyli promienie przedczerwone, światło widzialne, promienie pozafjołkowe, promienie X czyli promienie Rentgena, promienie ciał promieniotwórczych, to wszystko ilościowo, a nie jakościowo różniące się wzajemnie postacie energji promienistej o coraz to mniejszej długości fali.

Obok skali fal elektromagnetycznych, której wąskie odcinki znane są pospolicie i posiadają zastosowanie praktyczne, inne zaś, znane fizykom, nie przekroczyły progów ich pracowni, stoi energja promienista o promieniach cząsteczkowych czyli korpuskularnych. Te ostatnie, utworzone przez szybko poruszające się elementarne cząsteczki składowe elektryczności lub materji, są jednakże i powstawaniem swem i charakterystyką fizyczną ściśle związane z falami elektromagnetycznemi.

Wróćmy do fal t. zw. elektromagnetycznych.

Klasyczna teorja Maxwell'a przedstawia nam je jako przenoszenie się perturbacji pola elektrycznego i magnetycznego z olbrzymią szybkością przez niesłychanie elastyczne, nieważkie środowisko, wypełniające wszechświat (eter kosmiczny).

U źródła ich powstawania spotykamy zawsze ruch tej elementarnej cząsteczki elektryczności negatywnej, którą nazywamy elektronem.

Obecny pogląd na budowę materji przyjmuje, że najdrobniejsze jej cząstki, t. j. atomy zbudowane są z pewnej ilości elementarnych cząsteczek elektryczności pozytywnej, tworzących jądro, około którego krążą elektrony, podobnie jak planety naokoło słońca.

Wolne, t. zn. niezwiązane w atomach elektrony mogą przenosić się wzdłuż przewodnika metalowego na którego końcach istnieje różnica napięcia czyli różnica potencjału, i tworzyć prąd elektryczny.

Wielkość elektronu uzmysłowi nam następujące porównanie: Wyobraźmy sobie głowę dziecka kilkoletniego, powiększoną do takiej skali, że wymiary jej równają się wymiarom kuli ziemskiej; powiększywszy w tej samej skali drobinę gazu takiego jak tlen lub azot, otrzymalibyśmy kulkę o średnicy około 2 cm t. zn. byłaby ona wielkości wiśni.

Powiększywszy w tej samej skali elektron, nie dojrzelibyśmy go jeszcze gołem okiem. Dopiero dobry mikroskop ukazałby go nam pod imersją w rozmiarach kilkanaście razy mniejszych od drobnoustroju, znanego pod nazwą gronkowca.

Elektrony przemieszczając się z bardzo wielką, szybkością bądź w nieskończenie wielkich masach, bądź w mniejszych ilościach, bądź wreszcie pojedyńczo, dają początek powstawaniu poprzednio wspomnianych perturbacji pola elektrycznego.

Przy perjodycznym ruchu elektronów perturbacje te czyli zaburzenia stanu równowagi powtarzają się również perjodycznie i czas trwania całkowitej ewolucji zaburzenia nazywamy okresem danego rodzaju energji promienistej, ilość zmian czyli okresów na sekundę — częstotliwością, drogę zaś, którą przebywa zaburzenie w czasie jednej kompletnej ewolucji czyli w czasie okresu nazywamy długością fali.

Każda z tych cech posiada odrębną wartość dla każdego rodzaju energji promienistej, która, jakkolwiek jednolita, posiada odmiany, różniące się wzajemnie okresem, częstotliwością i długością fali.

Aby sobie poglądowo unaocznić tę zasadniczą jednolitość energji promienistej o rozmaitych częstotliwościach i długościach fali, wyobraźmy sobie, że technika stworzyła nam cudowną maszynę, twornik, który stopniowo regulowany, pozwala wytwarzać wszystkie rodzaje fal elektromagnetycznych.

Puszczamy tę maszynę — twór fantazji — w ruch przy niskiej regulacji, i oto wytwarza ona najpierw fale o częstotliwości kilkudziesięciu zmian na sekundę, odpowiadające prądom zmiennym, któremi technika obecna posługuje się do przenoszenia energji na odległość, do poruszania motorów przemysłowych, do uruchomiania środków komunikacyjnych i t. p.

Przesuwamy regulator naszej maszyny stopniowo dalej; częstotliwość wytwarzanej energji promienistej wzrasta i wynosi tysiące, kilkadziesiąt tysięcy, kilkaset tysięcy, miljon, kilka miljonów drgnień na sekundę. Maszyna nasza staje się przyrządem, wytwarzającym t. zw. prądy o wysokiej częstotliwości, mające rozliczne zastosowanie w medycynie.

Znane są one pod nazwą prądów d'Arsonvala, który pierwszy zbadał ich działanie fizjologiczne i skonstruował przyrządy do ich wytwarzania. Stosuje się je w medycynie do wytwarzania ciepła w głębi tkanek czyli do tak zwanej diatermji, a także autokondukcji, autokondenzacji, i do rozmaitych innych zabiegów elektroterapeutycznych.

Obok zaznaczonej poprzednio częstotliwości fal elektromagnetycznych waha się od kilkuset, kilkudziesięciu i kilku kilometrów, do kilkuset i kilku metrów. Na tej wysokości skali znajdują się fale, któremi posługuje się radjotelegrafja i radjofonja.

Ponieważ częstotliwość ich wyraża się cyframi bardzo wysokiemi, praktyczniej jest charakteryzować je długością fali, gdyż to czyni je bardziej uchwytnemi dla naszej wyobraźni.

Zmniejszając jeszcze długość fali czyli zwiększając częstotliwość naszej maszyny, otrzymujemy fale coraz krótsze, mierzone centymetrami i milimetrami, które na razie nie mają większego zastosowania, ani w medycynie, ani w technice.

Przesuwamy regulator dalej: Fale, które wybiegają z aparatu posiadają długość, wynoszącą ułamki milimetra. Wyciągając rękę, przekonywujemy się, że ta długość fali działa na nasz zmysł ciepła odczuwamy promieniowanie cieplne, nazywane też promieniami przedczerwonemi.

Idziemy dalej: regulator maszyny wysyła fale o długości 08 μ W tym momencie nasz twornik stał się lampą, wysyłającą czerwone światło.

W miarę jak dalej kierujemy rączką regulatora, oko nasze widzi barwy pomarańczową, żółtą, zieloną, potem niebieską i wreszcie przy długości fali 0.4 μ ukazuje się światło fjoletowe.

Odcinek ten, który zabłysnął dostrzeganemi przez oko nasze kolorami tęczy jest stosunkowo bardzo drobną cząstką skali fal elektromagnetycznych i stanowi jedną tylko oktawę.

Gry w naszym tworniku przesuniemy regulator nieco poza się niewidzialne, lecz działać one będą bardzo silnie na płytę fodługość fali 0.37 μ, wrażenia świetlne siatkówki znikną, fale staną tograficzną, wywołają na skórze rumień: są to fale znane pod nazwą pozafjołkowych. Obejmują one szeroką przestrzeń skali. Długość fali mierzymy powszechnie dla tego odcinka używaną jednostką Angströma. Równa się ona 0.1 μ (mikromilimetra) czyli 1/10.000,000 części milimetra.

Fale o długości około 3000 — 2800 J. A. noszą nazwę promieni Wood'a i są używane do wywoływania pięknej barwnej fluorescencji.

Pobudzanie fluorescencji rozmaitych tkanek ma pewne zastosowanie w medycynie.

Przesuwamy coraz to dalej regulator naszej maszyny, która wytwarza obecnie fale coraz to krótsze 1500 — 1000 — 500 J. A.

Promienie o tej długości fali pochłaniane są w dużej ilości przez gazy i rozchodzić się mogą jedynie w atmosferze bardzo znacznie rozrzedzonej albo w próżni.

Działają one bardzo silnie abiotycznie na żywą komórkę. Słońce wysyła te promienie w wielkiej obfitości. Życie organiczne nie mogłoby się na skorupie ziemskiej rozwinąć, gdyby docierało do niej to krótkoialiste promieniowanie pozafiołkowe.

*) Wykład inauguracyjny, wygłoszony w czasie uroczystości otwarcia roku szkolnego 1927—1928 w Oficerskiej Szkole sanitarnej w Warszawie.

Na szczęście jednak jest to niemożliwe, ponieważ pochłaniają je w zupełności górne warstwy atmosfery ziemskiej, a szczególnie zawarty w niej ozon i amoniak.

Idziemy dalej ku długości fali 100 — 50 J. A. Promienie te zawsze niewidzialne, zmieniają obecnie swe właściwości, stają się nieco bardziej drążącemi i wreszcie około 12 J. A. zaczynają już przechodzić przez cienkie warstwy papieru. Własność przenikania przez rozmaite ciała występuje coraz wyraźniej, gdy wkraczamy w okolice ponad 12 J. A., a zbliżamy się do 1 J. A. i do jej ułamków.

Nastawiwszy regulator twornika na 0.2 J. A., otrzymujemy promieniowanie niewidzialne, przechodzące nierównomiernie przez tkanki naszego ciała, pobudzające fluoryzowanie ekranu tungstenowego, t. j. zwykłego ekranu do prześwietlań, działające na płyty i klisze fotograficzne.

Będą to promienie, wykryte przez profesora fizyki w Würzburgu w 1895 r. czyli t. zw. promienie Roentgena używane w diagnostyce.

Pokręcamy dalej korbą naszej cudownej maszyny i otrzymujemy fale o długości 0.1 J. A. — 0.006. Są to promienie już bardzo drążące, przechodzące z łatwością przez tkanki ciała, a nawet przez cienkie blaszki metali ciężkich — są to promienie X stosowane w terapji.

Przy tych długościach fali częstotliwość, czyli ilość drgań na sekundę wyraża się cyframi tak znacznemi, że są one zupełnie nieuchwytne dla naszej wyobraźni.

Następujące porównanie przedstawi nam tę częstotliwość w sposób bardziej dostępny:

Pospolicie w medycynie do diatermji używane przyrządy pracują przy częstotliwości około miljona drgień na sekundę. Przyrząd taki, gdyby pracował w ciągu miljona lat, wykonałby tyle drgień, ile promienie X używane w terapji głębokiej, wykonują w ciągu jednej sekundy.

Idźmy na jeszcze wyższe szczeble skali elektromagnetycznej: maszyna nasza wysyła obecnie fale o długości, która już tylko do pewnej granicy daje się mierzyć. Długość ich wynosi 0.02—0.018 J. A. Są to fale wytwarzane przez pierwiastki promieniotwórcze, t. zw. promienie γ. Odpowiada im potencjał napięcia elektryczności, wynoszący przeszło pół miljona, miljon i więcej wolt.

Poza temi promieniami istnieją t. zw. promienie ultragamma, które według pewnych przypuszczeń mogą powstawać w atmosferze ziemskiej przy wyładowaniach elektrycznych w czasie burz, t. zn. przy uderzeniu piorunów, zaś według innych przychodzą do nas z wszechświata od mgławic i gwiazd drogi mlecznej.

Bloki ołowiane grubości 1 m nie stanowią dla promieni ultragamma wielkiej przeszkody. Przenikają one przez wszystko, co się znajduje na powierzchni ziemi i ulegają pochłonięciu w głębi jej skorupy.

Od tych promieni o falach nieskończenie krótkich wróćmy raz jeszcze ku dołowi, do fali nieskończenie długiej. Odpowiada im prąd elektryczny stały, będący ruchem stałym mas elektronów wzdłuż przewodnika metalowego, nie przedstawiającym żadnych periodycznych zmian.

W ten sposób odnajdziemy związek z energją promienistą wszystkich rodzajów prądów elektrycznych i włączymy do niej promienie cieplne, świetlne, pozafiołkowe, promienie X czyli Roentgena, i wreszcie promienie γ ciał radjoaktywnych.

Wąskie ramy dzisiejszego odczytu pozwalają nam poświęcić nieco uwagi jedynie energji krótkofalistej, o fali, równającej się ułamkom jednostki Angströma, a mianowicie t. zw. promieniom X czyli promieniom Roentgena i promieniom, wysyłanym przez ciała promieniotwórcze.

Odkrycie tych rodzajów promieni wywarło duży wpływ na nauki lekarskie i spowodowało powstanie nowego działu medycyny t. zw. radjologji lekarskiej, obejmującej obok kilku pomniejszych części radjognostykę i radjoterapię. Ta ostatnia znów składa się z rentgeno- i curieterapji, zwanej u nas radolecznictwem.

Studjowanie zjawisk, występujących przy wyładowaniach elektrycznych w gazach rozrzedzonych było punktem wyjścia dla odkrycia promieni Roentgena.

Jeszcze z końcem 18 wieku wykonywał tego rodzaju doświadczenia ksiądz Nollet w Paryżu. Bańka szklanna, którą się do tego celu posługiwał, czyli t. zw. jajo elektryczne posiada pewne analogje w swej budowie z lampami rentgenowskiemi, gazowemi, do niedawna jeszcze bardzo rozpowszechnionemi. Promienie X nie występowały jednakże w tej pięknie fluoryzującej kuli szklannej, gdyż obniżenie ciśnienia powietrza wewnątrz niej nie było wystarczające.

Crookes pierwszy posługiwał się lampami o tak znacznem obniżeniu ciśnienia (miljonowe części ciśnienia 1 atmosfery) — że przy wyładowaniu elektrycznem poprzez nie powstawały już promienie katodowe, a równocześnie i pobudzane przez nie promienie X. Uczony ten, poświęciwszy długie lata swego życia badaniu promieni katodowych i wytwarzając przy każdem doświadczeniu ze swą lampą promienie X, nie zauważył ich obecności.

W r. 1893 Lénard, wyprowadziwszy na zewnątrz promienie, powstające w lampie Crookes'a, stwierdził przy działaniu na nie polem magnetycznem, że część ich ulega odchyleniu, reszta zaś przechodzi dalej w pierwotnym kierunku. Otóż te nie ulegające działaniu pola magnetycznego promienie, to były późniejsze promienie Roentgena.

Lénard, jakkolwiek widział i wyosobnił je pierwszy, jednakże nie pojął ich ważności i nie zdołał ich zbadać i scharakteryzować.

Przypadek pozwolił dokonać tego dopiero w 2 lata później profesorowi fizyki w Würzburgu Roentgenowi.

Roentgen, wykonując doświadczenia w ciemności zauważył, że stojący przypadkowo na tym samym stole słoik z platynocjankiem barowym fluoryzuje jasnozielonem światłem w czasie przepuszczania prądu przez lampę Crookes'a. Zjawisko to kazało mu przyjąć za powód tego nowe niewidzialne promienie.

Odkrywszy więc promienie swe przez przypadek, ma Roentgen przynajmniej tę zasługę, że zbadał dokładnie ich właściwości i, posługując się ich zdolnością niewidocznego przenikania przez tkanki ciała o rozmaitej gęstości, dokonał pierwszych zdjęć kośćca ręki.

Nadzwyczajny ten fakt miał miejsce w r. 1896, a więc przed 31 laty. Rok ten jest datą początku radjodjagnostyki. Zaczęła się ona rozwijać równocześnie w rozmaitych krajach. Gdy bowiem prasa codzienna rozniosła po świecie wiadomość o nowych promieniach odkrytych przez niemieckiego profesora, zainteresowali się nią wszędzie fizycy i lekarze, a pierwsze wrażenie widoku na ekranie tętnącego serca i poruszającej się przepony działało tak pociągająco i zapowiadało takie możliwości rozpoznawcze, że wielu badaczów ulegało urokowi nowej metody i poświęcało się pracy nad jej udoskonaleniem i wykorzystaniem.

W ten sposób powstała radjodjagnostyka, której rozkwitu świadkami jesteśmy obecnie. Nauka ta wniknęła obecnie we wszelkie dziedziny wiedzy lekarskiej i niema działu, któryby z niej nie korzystał, któryby nie zawdzięczał jej niejednej nowej podniety, a czasem nawet nie ulegał pewnemu przeobrażeniu pod jej wpływem.

W czasie pierwszych prześwietlań i zdjęć przy użyciu bardzo prymitywnych przyrządów i lamp, wysyłających szkodliwe miękie promienie, wielu badaczy zauważyło, że skóra po zadziałaniu tych promieni ulega zaczerwienieniu, włosy wypadają, a po dłuższych ekspozycjach rozwijają się trudne do zagojenia wrzody. Świadczyło to o niszczącem działaniu na tkankę.

Już w parę miesięcy po ogłoszeniu odkrycia Roentgena zastosował Despeignes to działanie niszczące w przypadku raka żołądka.

Zauważywszy wypadanie włosów po zdjęciach czaszki, dwaj lekarze wiedeńscy Schiff i Freund zastosowali pierwsi w r. 1896 promienie X w celu usunięcia włosów ze znamienia owłosionego.

Były to pierwsze początki rentgenoterapji. Długo jeszcze podczas takich prób, zdarzały się oparzenia skóry i owrzodzenia, nim powoli rozwinęło się leczenie racjonalne.

Jednakże już w 1902 Amerykanin Senn leczył skutecznie nowemi promieniami białaczkę, uzyskując zniknięcie czasowe patologicznego obrazu krwi i zmniejszenie się śledziony i gruczołów chłonnych.

Wprowadzenie filtrów metalowych i dokładnego mierzenia dawek uczyniło z nowej, w początkach kapryśnej, metodę terapeutyczną ścisłą i pewną. Jaki przewrót metoda ta spowodowała w niektórych działach medycyny świadczy o tem fakt następujący:

W szkołach paryskich rozpowszechnione było endemiczne grzybkowe cierpienie skóry owłosionej, występujące u dzieci, t. zw. mikrosporja. Aby przeciwdziałać tej budzącej odrazę chorobie. zbierano zarażonych nią w jednym z największych szpitali paryskich Hôpital St. Louis i zapełniano małemi pacjentami całe kompleksy budynków. Przebywali oni w szpitalu tym lata całe, pobierając równocześnie naukę i lecząc, z minimalnym wynikiem, wyłączające ze społeczności cierpienie. W r. 1904 Sabouraud i Noiré wynaleźli sposób ścisłego dawkowania promieni i zaczęli masowo leczyć małych pacjentów, stosując epilację promieniami X, umożliwiającą skuteczne zabiegi przeciwpasorzytnicze. I oto po pewnym czasie liczne pawilony szpitalne opustoszały. Pozakładane w nich szkoły trzeba było skasować z powodu braku uczniów. Obecnie w tem miejscu istnieje niewielki oddział skórny dla mikrosporji, resztę zaś budynków użyto na urządzenie innych oddziałów szpitalnych.

Wiadomość o odkryciu przez Roentgena tajemniczych promieni rozeszła się szybko po całym świecie i wzbudziła niesłychanie żywe zainteresowanie wśród uczonych. Wszędzie powtarzano

i sprawdzano jego doświadczenia i wysilano inwencję celem stworzenia teorji, wyjaśniającej ich powstawanie. Znany matematyk Poincaré wyraził przypuszczenie, że promienie X powstają na skutek fluorescencji ścian lampki Crookes'a bombardowanych przez promienie katodowe. Przypuszczenie to skłoniło Becquerel'a do prób w kierunku wywołania promieni tych przez fluorescencję soli uranu. Brał więc płytę fotograficzną owiniętą w czarny papier, kładł na niej kryształy soli uranowej i wystawiał na działanie promieni słonecznych, przypuszczając, że światło słoneczne, wywoła fluorescencję soli uranowej i że przytem powstaną promienie X. Faktycznie po wywołaniu płyty okazały się na niej czarne plamy, odpowiadające rozmieszczeniu kryształów. W celu potwierdzenia należało doświadczenie powtórzyć. Jednakże po ponownem przygotowaniu płyty z kryształami słońce zniknęło za chmurami i ukazało się dopiero za parę dni. Przed wystawieniem płyty na słońce Becquerel uważał za stosowne zrobić doświadczenie kontrolne, aby sprawdzić, że kryształy nie naświetlane płyty nie czernią. Ku zdumieniu swemu spostrzegł, że i tym razem płyta czerni się w miejscach, gdzie leżały kryształy. Stąd wniosek prosty, że sole uranowe wysyłają samoistnie tajemnicze, niewidzialne promienie, przechodzące przez ciała nieprzejrzyste i czerniące płytę fotograficzną.

W ten sposób Becquerel wykrył promieniotwórczość samoistną niektórych pierwiastków.

Curie-Skłodowska zajęła się wtedy zbadaniem rozmaitych rud uranowych, aby obserwować zależność promieniotwórczości od ilości zawartego w nich uranu.

Posługując się niezwykle pomysłową i czułą metodą badania, opracowaną przez swego męża Piotra Curie, a pozwalającą mierzyć z największą dokładnością, najdrobniejsze ślady promieniotwórczości, odpowiadające nieważkim śladom promieniotwórczych pierwiastków, redaczka nasza stwierdziła, że pewne części składowe rud badanych są bardziej czynne, niż sam uran. Domieszki te, zawierały pierwiastki niesłychanie silnie promieniotwórcze, lecz w tak minimalnych śladach, że małżonkowie Curie musieli tonny rud przerobić, aby otrzymać w r. 1898 kilka miligramów nowego, nieznanego dotychczas pierwiastka, który nazwali r a d i u m.

Wkrótce potem stwierdzono kaustyczne działanie radu z odległości na tkanki organizmu, a w r. 1902 Danlos w szpitalu św. Ludwika w Paryżu leczy już nim raki skórne.

Był to początek curieterapji czyli radolecznictwa.

Potrzeba było jednak jeszcze pracy setek badaczów, których bardzo wielu padło ofiarą swego zapału naukowego, umierając na białaczkę lub anemję złośliwą, aby wykończyć i do obecnej doskonałej całości doprowadzić naukę o pierwiastkach promieniotwórczych. Obecnie trzy dobrze zbadane rodziny tych ciał oddają do dyspozycji medycyny cały szereg radjoaktywnych preparatów, a technika ich stosowania staje się wśród niezliczonych prób z roku na rok doskonalsza i coraz lepsze też są wyniki lecznicze.

Radjoterapja w znaczeniu obszerniejszem, obejmująca rentgeno i curieterapję stała się obecnie po ćwierćwiekowym okresie rozwoju jednym z ważniejszych działów nauk lekarskich. W krótkim stosunkowo czasie krzywa rozwoju jej przedstawia nam już szereg wzniesień i spadków, wywołanych to zbyt gorącym entuzjazmem, to znów oziębieniem zapałów. Naogół jednak krzywa wznosi się powoli ku górze.

Po pierwszych udoskonaleniach i wprowadzeniu ścisłego dawkowania, wyłączającego niebezpieczeństwo oparzeń, wydawało się, że n. p. w dziale cierpień skórnych wszelkie inne stare sposoby ustąpią miejsca nowej metodzie, że terapja skórna opanowana zostanie całkowicie przez radjoterapeutę.

Dalsze doświadczenia ugruntowały wprawdzie liczne wskazania radjoterapji i wykazały, że pozwala ona usuwać skutecznie cierpienia skórne, wobec których lekarz był dotychczas zupełnie bezsilny (np. zmiany białaczkowe skóry); mimo to przewidywana wyłączność radjoterapji w dermatologji nie sprawdziła się z biegiem czasu wcale.

Obecnie, choć radjoterapja nie okryła się jeszcze szronem siwizny jak inne prastare metody, to jednakże osiągnęła już wiek dojrzały, ustaliła swą wartość rzeczywistą, sprecyzowała rodzaje wskazań i przeciwwskazań i rozwija się na pewnych podstawach doskonaląc technikę i powiększając powoli i stopniowo swój obszar we wszystkich działach medycyny.

Czy radjoterapja zawiodła nadzieje pokładane w niej w dziale, stanowiącym jedną z największych plag ludzkości, t. zn. w nowotworach złośliwych?

Na to pytanie możemy odpowiedzieć, że jeżeli dotychczasowe wyniki pozostawiają w zakresie leczenia raka jeszcze wiele do życzenia, to powodem tego jest, że problem ten był dotychczas stawiany niewłaściwie i jednostronnie: fizycznie i technicznie, a nie biologicznie. Wysiłek skierowany był głównie na technikę stosowania energji promienistej, na rozwój potężnych przyrządów, postęp zaś w dziedzinie badań nad patogenezą raka nie dotrzymał kroku rozwojowi techniki. Gdy etjologja i patogeneza raka zostaną wyjaśnione i gdy terapja tego cierpienia postawiona zostanie racjonalnie, rola radjoterapji w jego zwalczaniu z pewnością pozostanie duża.

Niektóre postaci raka i teraz już nadają się znakomicie do leczenia radjoterapeutycznego. Należą tu przedewszystkiem raki skóry. (Według Belot'a 85% trwałych wyleczeń).

Niechętni nowej metodzie powiadają, że niema to wielkiego znaczenia, jeżeli wyniki trwałego co najmniej pięcioletniego wyleczenia niektórych innych postaci raka, np. szyjki macicznej nadających się jeszcze do operacji w lepszych zakładach radjoterapeutyczych dorównują wynikom leczenia chirurgicznego i zalecają zawsze zabieg operacyjny.

Ale i ci przeciwnicy muszą przyznać, że w wypadkach takich, w których miejscowy stan cierpienia wprawdzie pozwoliłby na operację, w których jednak operacja z jakiegokolwiek powodu jest niemożliwa, (np. stan narządu krążenia) jedyną ucieczką będzie radjoterapja.

Racjonalne naświetlania pooperacyjne zwłaszcza po operacjach niezupełnie doszczętnych zmniejszają zdaniem wielu chirurgów. prawdopodobieństwo nawrotów i polepszają ostateczne wyniki.

Pozostają pozatem przypadki nie nadające się do operowania. Znane są istniejące do niedawna w większych oddziałach szpitalnych ponure, cuchnące sale, w których zbierano rakowatych. Na drzwiach tych sal czytać należało Dantejskie zdanie: „Lasciate ogni speranza".

Tam dogorywali biedacy, którym nóż chirurga nic już poradzić nie był w stanie. Do niedawna nic wiele tym nieszczęśliwym już pozostawało poza chwilowem oszołomieniem.

A dziś w szpitalach, posadających dobrze urządzone pracownie radioterapeutyczne i pewną ilość radu, sale te albo znikły zupełnie, albo też straciły swój dawny charakter beznadziejności. Radioterapja w tej czy w owej formie uzyskuje w pewnej liczbie wypadków raka, nie nadających się zupełnie do operacji, trwałe t. zn. przynajmniej przez 5 lat trwające wyleczenie. Liczba wyleczonych waha się dość znacznie w rozmaitych umiejscowieniach nowotworów złośliwych i w poszczególnych zakładach. W raku szyjki macicznej np. w instytucie radowym uniwersytetu paryskiego notują przeszło 17% trwałych wyleczeń, w innych zakładach i szpitalach mniej np. 10%, 9%, 7%.

A pozostałej liczby chorych nie nadających się do operacji daje radjoterapja krótsze lub dłuższe, nieraz kilkuletnie wyleczenie czasowe, z możnością powrotu do pracy, dobre niejednokrotne działanie paliatywne i usunięcie bólów.

Niekiedy po serji naświetlań lub aplikacji radu możliwem się staje wykonanie doszczętnego zabiegu operacyjnego.

W innych przypadkach radjoterapja współdziała z chirurgją, ułatwiając skuteczne rozmaitego rodzaju operacje paljatywne.

Wprawdzie nierzadkie są przypadki zupełnej oporności na działanie promieni, albo też przypadki z tak dalece posuniętem cierpieniem i tak złym stanem ogólnym, że nie można oczekiwać jakiegokolwiek korzystnego działania — jednakże tym radjoterapja daje przynajmniej czasowe złudzenie, że przecież nie wszystkie środki zostały wyczerpane. Dla skazanego na śmierć pewną, nawet takie złudzenie jest cenne.

W kilku słowach wreszcie na koniec wspomnieć muszę o tych działach radjoterapji, które obecnie jeszcze nie rozpowszechnione i ledwo w okresie pierwszych prób się znajdujące, posiadają duże możliwości rozwoju na przyszłość. Mam na myśli t. zw. β -terapję i α-terapję, posługujące się wspomnianemi na początku wykładu promieniami cząsteczkowemi.

Pierwsza z nich ma obecnie możność zastosowania bardzo energicznego działania niszczącego i modyfikującego promieni katodowych, wyprowadzonych z próżni, a wytwarzanych w nowoskonstruowanej przez znakomitego fizyka amerykańskiego Coolidge'a specjalnej lampie.

Druga natomiast posługuje się wprowadzaniem do organizmu pewnych ciał promieniotwórczych, wytwarzających promienie cząsteczkowe.

Najlepiej do tego celu nadaje się pierwiastek polonium.

Pewną przeszkodę w szerszem stosowaniu tej metody stanowi fakt, że stosowane być mogą tylko świeżo sporządzone i przez specjalistów fizyków niesłychanie czułemi metodami pomiarowemi cechowane preparaty.

Te przez medycynę niecksploatowane prawie tereny radjologji lekarskiej świadczą o tem, jak wiele jeszcze w jej zakresie jest do zrobienia.

A jednak trwałe i definitywne nabytki tak w radjodjagnostyce jak i w radioterapji, choć zebrane w czasie, nieznacznie tylko ćwierć wieku przekraczającym, tworzą zasób wiedzy już tak znaczny, że stanowią bardzo już obszerną specjalną gałąź medycyny, przyczyniającą się z jednej strony do ułatwienia i udoskonalenia rozpoznania cierpienia, z drugiej zaś — wzbogacającą znakomicie arsenał terapeutyczny.

Medycyna zawdzięcza je poprzednio opisanym doniosłym odkryciom w zakresie fizyki.

Mamy tu jeszcze jeden przykład, jak wszelki postęp w którejkolwiek dziedzinie wiedzy wywołuje oddźwiek we wszystkich innych jej gałęziach, jest zaczynem nowych dążeń i prowadzi do coraz to nowych zdobyczy ducha, trawionego wiecznie żądzą poznania, wiecznie niespokojnego i niezaspokojonego.

A widzimy również, jak ważną jest praca teoretyczna, dziś, niestety, nie zawsze dostatecznie oceniana. Z razu, zdawałoby się praca daleka od tętna życia, staje się później owocna w następstwa praktyczne, przyczynia się do zmniejszenia cierpień ludzkości i pozwala skuteczniej zwalczać to wielkie zło, jakiem jest choroba.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.

Sprawozdanie z działalności Oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie za rok 1927.

W ciągu roku 1927 leczono na Oddziale zakaźnym Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie 2.116 chorych zakaźnych.

Liczba dni leczenia wynosiła 45.779; na jednego chorego przypada zatem przeciętnie 21 dni leczenia. Zmarło 199 osób, w tem do 24 godzin od chwili przyjścia na oddział 62 chorych; przeciętna śmiertelność wynosiła 6.6%. Wykonano sekcyj naukowych na materjale oddziałowym w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. K. (Dyrektor: Prof. Dr. Nowicki) 165.

Podobnie jak w roku ubiegłym, naczelne miejsce pod względem ilości chorych zajmowała płonica.

Płonicy leczono 971 przypadków, w tem powikłanej błonicą 66. Zmarło 39 osób, w tem do 24 godzin od chwili przyjścia na Oddział 6. Śmiertelność wynosiła zatem zaledwie 3.6% przy 7.7% w roku ubiegłym. *Płonicy* powikłanej błonicą leczono 66 przypadków: zmarło 22 osób, w tem do 24 godzin 4 (29% śmiertelności). Przypadki te przyszły *wszystkie* ze znacznem opóźnieniem na Oddział. *Surowica przeciwbłonicza, podana dopiero na oddziale*, nie mogła okazać w całej pełni działania leczniczego. Śmiertelność przy płonicy leczonej na oddziale, wynosząca zaledwie 3.6%, byłaby przypuszczalnie jeszcze mniejsza, gdyby chorych skierowano wcześniej do Szpitala. Na 33 zmarłych, przypada bowiem większość na przypadki przysłane dopiero z powodu ciężkich schorzeń wtórnych.

Z powikłań do najczęstszych należało zajęcie gruczołów szyjnych. Leczono je zachowawczo; 46 razy wykonano nacięcie gruczołów zropiałych. Nakłucie błony bębenkowej wykonano 57 razy, dwukrotnie antrotomję. Obydwa przypadki operacyjne zakończyły się pomyślnie.

Przy zmianach dyfteroidalnych w jamie ustnej podawano z dobrym wynikiem neoarsenobenzol domięśniowo, rzadziej dożylnie (67 razy).

Miejscowo stosowano przy zmianach martwiczych, umiejscowionych na migdałkach, roztwór neoarsenobenzolu w glicerynie. Powikłania ze strony nerek były dość częste, przeważnie lekkie i krótkotrwałe. W razie grożącej mocznicy wykonywano upusty krwi (25) razy, przy utracie przytomności, drgawkach, stosowano z bardzo dobrym wynikiem nakłucia lędźwiowe (23 razy).

Surowicę przeciwpłonicza podawano w każdym *ciężkim* przypadku; w przypadkach lekkich surowicy nie stosowano. Używano wyłącznie surowicę przeciwpłonicza Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, w dawkach po 10 ccm, wyjątkowo większych, dożylnie lub domięśniowo, prawie zawsze z wynikiem bardzo korzystnym. Surowica usuwała jedynie objawy pierwotnie toksyczne, pozostawała bez wpływu na schorzenia wtórne. Brak spadku ciepłoty do 48 godzin wskazywał na schorzenia wtórne.

Na podstawie zużytej surowicy możemy określić ilość przypadków ciężkiej płonicy na 26% wszystkich przypadków, leczonych na oddziale zakaźnym w roku 1927.

W pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego wykonywano systematycznie badania wydzieliny z gardzieli u chorych płoniczych w kierunku łańcuszkowców krwiobójczych. Badań tych wykonano w roku ubiegłym 4.871. Wyniki tych badań wskazują, że łańcuszkowce krwiobójcze spotykamy u chorych płoniczych w pierwszych dniach choroby w 100% przypadków; u ozdrowieńców utrzymują się nieraz kilka tygodni, czasami ponad 6 tygodni. Charakterystycznem jest, że umieszczenie świeżego przypadku płonicy na sali wspólnej, gdzie znajdują się również ozdrowieńcy, doprowadza w znacznym procencie przypadków do pojawienia się łańcuszkowców u ozdrowieńców, u których poprzednie badania bakteriologiczne nie wykazywały już łańcuszkowców. Powinno to dać wskazanie do odosabniania chorych wczesnych od ozdrowieńców. W naszych warunkach wobec znacznego ustawicznego napływu chorych odosobnienie takie napotyka na wielkie trudności.

Obok badań bakterjologicznych w kierunku łańcuszkowców krwiobójczych badano każdego chorego płoniczego w pierwszych dniach pobytu w szpitalu i przed wypuszczeniem z oddziału, na obecność prątków Löfflera. Badań bakterjologicznych wydzieliny z nosa i gardzieli w kierunku błonicy wykonano w roku ubiegłym 4.729.

Znaczne trudności rozpoznawcze stwierdzano czasami u chorych przysłanych na oddział z podejrzeniem płonicy. Niejednokrotnie atypowy przebieg choroby wskutek szczepienia ochronnego lub podania surowicy przeciwszkarlatynowej, stosowanej przed przysłaniem na oddział w celach leczniczych lub zapobiegawczych, zmuszał do dłuższego odosobnienia aż do ustalenia rozpoznania. W tych przypadkach niezwykle cenne usługi oddawało nam *badanie cytologiczne krwi, obraz krwi podług Schillinga.*

Badania systematyczne krwi umożliwiły szybkie i pewne rozpoznanie, odciążając oddział obserwacyjny. Wyniki badań będą podane w osobnej pracy.

Podobnie jak w latach poprzednich, wykonywano odczyn Dicków. Oddawał on nam również bardzo znaczne usługi przy ustaleniu rozpoznania *łącznie z innemi badaniami.*

Przy dodatnim odczynie Dicków i dodatnich łańcuszkowcach płoniczych w gardzieli podawano zapobiegawczo surowicę przeciwpłonicza, poczem szczepiono toksyną, względnie anatoksyną płonicza. W przypadkach, w których stwierdzono dodatni odczyn Dicków, obok ujemnych badań w kierunku łańcuszkowców hemolitycznych, podawano wyłącznie anatoksynę płoniczą. W ten sposób, mimo niezwykłego ruchu chorych, *nie mieliśmy ani jednego przypadku zakażenia płonica* na oddziałach niepłoniczych. Świadczy to dodatnio o skuteczności szczepień.

Błonicy nosa, gardła i krtani, leczono na oddziale 167 przyp. 21 osób zmarło przed upływem 24 godzin, po 24 godzinach 16. Śmiertelność wynosiła zatem 10%, przy 13.9% w roku ubiegłym. Przyczyny zejścia śmiertelnego szukać należy w porażeniach mięśnia sercowego wskutek podania surowicy zbyt późno. Na oddział zakaźny dostawały się przypadki *niejednokrotnie nierozpoznane.* Podanie surowicy przeciwbłoniczej, nawet dożylnie, na 5, 6 a nawet 7 dzień choroby, natychmiast po przyjściu na oddział w ilościach znacznych nie zdołało już tych chorych uchronić od śmierci. W ciągu ubiegłego roku wykonano u 45 chorych *intubację,* dwukrotnie tracheotomję.

Surowicy przeciwbłoniczej zużyto na oddziale zakaźnym:

po 1000 jednostek odpornościowych 220 ampułek
po 2000 jednostek odpornościowych 305 ampułek
po 3000 jednostek odpornościowych 304 ampułek
po 4000 jednostek odpornościowych 297 ampułek
po 5000 jednostek odpornościowych 262 ampułek

Szczepiono ochronnie anatoksyną błoniczą Ramona 117 osób na oddziale płoniczym, u których znaleziono dodatni odczyn Schicka.

Róży leczono 243 przypadków. Zmarło 14 osób, w tem troje przed upływem 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 4½% przy 11% za rok ubiegły. Róża, umiejscowiona na twarzy, dawała często obraz schorzenia ciężki, posiadała skłonność do posuwania się, dawała niejednokrotnie głębokie nacieki, zmuszając do zabiegu operacyjnego. Stosowano, poza okładami miejscowemi, środkami nasercowemi, autohemoterapję (115 razy). Kilkanaście razy uzyskano bardzo piękny wynik w róży ciężkiej posocznicej przez podanie surowicy przeciwpłoniczej. Działanie jej było jednakowoż niestałe.

W roku ubiegłym leczono na oddziale zakaźnym 140 przypadków *duru brzusznego* i 7 przypadków *duru rzekomego B.* Przebieg był przeważnie bardzo ciężki. Do 24 godzin zmarły 2 osoby na dur brzuszny, 1 na dur rzekomy „B", po 24 godzinach 18 osób durowych. Śmiertelność wynosiła zatem przy durze brzusznym 13% wobec 8.6% za rok ubiegły.

Duru wysypkowego pozostawało w leczeniu oddziałowem 20 przypadków. Zmarły 2 osoby, co stanowi 10% śmiertelności. Poza środkami nasercowymi czyniono próby z surowicą swoista, przy-

Wykaz badań wykonanych w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie

w ciągu roku 1927.

	Kał			Mocz				Krew														Płyn mózgo-rdzeniowy					Wydzielina z gardła i nosa				Plwocina		Ropa i wysięki zapalne			Próba apar. dezynfekc.	Pobr. surow. u ozdrow.		
	Wykonano badań																																						
													Aglutynacyjnych						Odczyn Wassermanna										Hodowle										
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Chemiczn.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Cytologiczn.	Chem. ilość	Z prątk. duru brz.	Z prątkami para A	Z prątkami para B	Weil - Felixa	Z prąt. Shiga-Kruse	Z prątk. Flexnera	Z surowicą czynną	Z surow. nieczynną	Z płynami przesięk.	Odczyn zmętnienia Meinickego	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Chemiczn.	Odcz. Wasserm.	Ogółem	Na prątki Löfflera	Łańcuszkowce krwiobójcze	Mikroskop.	Ogółem	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Z Bact. Subtil.	U ozdrow. odrowych	Ogółem przysłano próbek	Ogółem wykonano badań
Styczeń . . .	15	14	1	3		2	1	695	45	6	2		32		32	32			180	180	5	181	21	5	12	4		454	321	131	2	14	14	9	3	6	2	1	722	1.214
Luty	10	10						640	47	5			32		32	32			164	164		164	22	5	10	5	2	804	310	488	6	6	6	27	9	18	2	1	1.049	1.512
Marzec	18	18		31	1	15	15	816	54	1	3	5	26		26	26	2	2	220	224	3	224	35	10	18	4	3	1.031	381	650		6	6	36	12	24	2	2	1.409	1.977
Kwiecień . . .	11	11		15	3	5	7	716	56	4	1	1	27		27	27	1	1	190	190	1	190	68	14	28	5	21	803	362	435	6	5	5	18	6	12	2	1	1.171	1.639
Maj	17	13	4	63		33	30	1.246	98	10	10	2	47		47	47	1	1	327	327	2	327	79	8	14	3	54	817	344	470	3	6	6	12	4	8	2	1	1.442	2.243
Czerwiec . . .	23	20	3	64	2	30	32	951	63	28	19		36		36	36	2	2	255	257		257	50	4	5		41	1.002	413	588	1	9	9	18	6	12	2	4	1.548	2.163
Lipiec	40	40		66	1	32	33	942	69	6	2	1	32		32	32			256	256		256	105	16	32	7	50	1.138	481	655	2	2	2	30	10	20	2	2	1.686	2.327
Sierpień . .	40	40		2		1	1	456	81	10	3		37		37	37	1	1	83	83		83	27	1	2		24	525	250	269	6	1	1	9	3	6	2	1	797	1.063
Wrzesień . . .	352	99	253	98		49	49	1.170	170	34	29	2	85		85	85	5	5	223	223	1	223	88	8	14	7	59	847	393	451	3	15	15	18	6	12	2		1.845	2.590
Październik . .	552	90	462	59	1	29	29	738	56	98	38	6	28		28	28	2	2	150	150	2	150	28	4	6	4	14	735	482	252	1			30	10	20	2	2	1.650	2.146
Listopad . .	261	23	238	98	2	48	48	478	10	32	21		29		29	29	1	1	108	108	2	108	66	15	32	15	4	788	517	266	5	5	5	18	6	12	2	2	1.524	1.718
Grudzień . . .	434	16	418	72		36	36	587	7	15	124	2	19		19	19			126	128		128	36	8	17	8	3	695	475	216	4	7	7	15	5	10	2	1	1.388	1.849
	1.773	394	1.379	571	10	280	281	9.475	756	249	252	19	430		430	430	15	15	2.282	2.290	16	2.291	625	98	190	62	275	9.639	4.729	4.871	39	76	76	240	80	160	24	18	16.231	22.447

słaną przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie. Wyniki otrzymane po podaniu surowicy swoistej nie były zachecające.

Czerwonki leczono 120 przypadków. Zmarło 7 osób, w tem 2 przed upływem 24 godzin. Śmiertelność wynosiła 4.1% przy 5.7% za rok ubiegły. Mimo niejednokrotnie ciężkich postaci tylko w pojedynczych przypadkach zdołano wyhodować z kału prątki czerwonkowe. (2 razy prątki czerwonkowe typu Shiga-Kruse, 3 razy typu Flexnera). Stosowano w każdym cięższym przypadku surowicę przeciwczerwonkową, najchętniej jednorazowo, dożylnie lub domięśniowo. Podano ją w 89 przypadkach. Wyniki lecznicze były dobre, tem lepsze, im wcześniej surowicę podano.

Odry leczono 123 przypadków. Zmarło 5 osób. (4% śmiertelności przy 12.4% za rok ubiegły). Przypadki zejścia śmiertelnego dotyczyły dzieci do lat 5. U ozdrowieńców po odrze na 10 dzień po spadku ciepłoty po wykluczeniu kiły i gruźlicy pobierano krew celem uzyskania surowicy ochronnej Degkwitza. Pobierano ją tylko u dorosłych, u których w dalszym przebiegu choroby nie stwierdzono żadnych powikłań. Surowicę Degkwitza stosowano na oddziale zakaźnym z dobrym wynikiem zapobiegawczo. Wobec znacznego zapotrzebowania na oddziale wydawano ją na prośbę lekarzy dla użytku poza oddziałem w wyjątkowych tylko przypadkach.

Nagminnego zapalenia opon mózgowych leczono 11 przypadków. Zmarło 5 osób, w tem 2 do 24 godzin. Stosowano stale surowicę wysokowartościową wieloważną P. Z. H. w Warszawie dolędźwiowo. Podano ja 31 razy, przeciętnie 4 razy u jednego chorego. Wyniki lecznicze po podaniu surowicy we wczesnym okresie były przeważnie bardzo korzystne.

Posocznicy meningokokowej leczono 8 przypadków. Zmarło 5 osób, w tem 2 do 24 godzin. Wyleczono 3 osoby surowicą swoistą.

Gruźliczego zapalenia opon mózgowych stwierdzono 8 przypadków. 7 osób zmarło, w tem 2 do 24 godzin. *Jeden przypadek został wyleczony po 10 tygodniach pobytu w szpitalu.* Dokładny opis przebiegu i leczenia pojawi się niebawem w P. G. L.

Encephalitis lethargica rozpoznawano na oddziale dwukrotnie. Jeden przypadek zakończył się śmiercią.

Tężec pozostawał w leczeniu 13 razy. 6 osób zmarło, w tem troje do 24 godzin.

Wąglik, ustalony bakterjologicznie i doświadczeniem na myszkach, leczony był na oddziale zakaźnym w 7 przypadkach. Jedna osoba z posocznicą wąglikową zmarła do 24 godzin. Umiejscowiony był na skórze, dając niejednokrotnie ogniska wielokrotne. Wszyscy chorzy opuścili szpital wyleczeni. Ten niezwykle korzytny wynik leczniczy, przewyższający najlepsze statystyki światowe (do 30% śmiertelności), zawdzięczamy, podobnie jak w roku ubiegłym, gdzie mieliśmy 11 przypadków wyleczonych, neoarsenobenzolowi. Neoarsenobenzol podawano w każdym przypadku kilkakrotnie dożylnie w odstępach kilkudniowych. Wyniki lecznicze za rok 1926 podano w P. G. L. Nr. 4, z roku 1927.

W jednym przypadku stwierdzono zakażenie *zimnicą o typie trzeciaczkowym.* Dokładne badania anamnestyczne wskazywały na Lwów lub Zaleszczyki jako miejsce zakażenia. Chorego przedstawiono w Lw. Tow. Lek. razem z preparatami krwi. Podejrzenie w kierunku zimnicy przyczyni się niewątpliwie do wykrycia dalszych przypadków.

W jednym przypadku stwierdzono *ostrą białaczkę szpikową.* Przypadek ten zakończył się zejściem śmiertelnem, a przysłany był na oddział zakaźny z rozpoznaniem raka wodnego *(noma).* Ogłoszono w P. G. L. Nr. 44/45 z roku 1927.

Krztuśca leczono 23 przypadki. Zmarło czworo dzieci, w tem jedno przed upływem 24 godzin, wszystkie z powodu powikłań ze strony płuc. Mimo korzystnych wyników otrzymanych ostatnio we Francji przez podanie szczepionki w celach profilaktycznych, a surowicy przeciwkrztuścowej przy rozwiniętym krztuścu, nie mogliśmy leczyć swoiście wobec braku funduszów.

Reszta leczonych przypadków przypada na nagminne zapalenie gruczołów przyusznych (13), grypę (26), noma (1), wiatrówkę (2), gruźlicę płuc (7), zapalenie gruczołów mieszkowych (7) itd.

Prymarjusz Pawilonów zakaźnych uczestniczył stale w posiedzeniach Miejskiej Komisji Zdrowotnej, zaznajamiając się przy tej sposobności ze stosunkami zdrowotnymi w mieście.

Oddział zakaźny pozostawał w żywym kontakcie z kierownikiem działu zakaźnego Miejskiego Urzędu Zdrowia z p. Dr. Dammem, którego czujności, szybkiej orjentacji i fachowemu doświadczeniu udało się niejednokrotnie opanować wybuch epidemji w mieście, mogącej wobec niekorzystnych warunków higjenicznych przybrać nieraz poważniejsze rozmiary.

Sprawozdanie o wynikach pracy naukowej. W ciągu roku ubiegłego ogłoszono następujące prace: Prym. Dr. W. Lipiński: 1) Przyczynek do patogenezy i leczenia wąglika. Pol. G. L. 1927, Nr. 4. — 2) O praktycznem znaczeniu odczynu Dicków, wartości ochronnego szczepienia i leczniczego działania surowicy przeciwpłoniczej Polsk. Gazeta Lekarska 1927, Nr. 13. *(Praca wykonana i ogłoszona wspólnie* z Docentem Gąsiorowskim. — 3) Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie, Polska Gazeta Lekarska 1927, Nr. 22. — 4) Postać durowa posocznicy meningokokowej. P. G. L. 1927, Nr. 21. 5) Przyczynek do patogenezy ostrej białaczki szpikowej. Polska Gazeta Lekarska 1927, Nr. 44/45.

W roku ubiegłym przeprowadzono na oddziale zakaźnym dokładne badanie nad pasorzytami przewodu pokarmowego. Wyniki badań pojawią się niebawem drukiem w osobnej pracy. Tutaj wspomnę tylko pokrótce, że wykonano badania 1300 osób, na materjale oddziału zakaźnego oraz oddziałów innych szpitala lwowskiego i szeregu zakładów miejskich, przyczem zbadano z górą 2000 kałów na pasorzyty. Wyniki tych badań stwierdzają znaczny procent zakażeń pasorzytami u chorych na inne choroby lub też osób tak zwanych klinicznie zdrowych. Na niektórych oddziałach stwierdzono do 65.6% zakażonych. Aby wykazać wpływ pasorzytów przewodu pokarmowego na zakażony ustrój, wykonano za wiedzą i zgodą Miejskiego Urzędu Zdrowia, dzięki uprzejmości zastępcy fizyka miejskiego p. Dr. Serbeńskiego i lekarza zakładowego p. Dr. Grocholskiej, dokładne badania krwi u dzieci klinicznie zdrowych w Miejskich Zakładach Opieki nad dziećmi przy ul. Kadeckiej. Bardzo dokładne badania krwi, wykonane u 100 dzieci wspomnianego Zakładu, wykazują niezaprzeczony wpływ pasorzytów na zakażony ustrój u z górą 50% osób, przyczem zmiany te są niejednokrotnie wybitne. Podobne badania krwi przeprowadzone były równocześnie na materjale oddziału zakaźnego. Niedostateczność wyników leczniczych, stosowanych dotychczas wobec niektórych pasorzytów, obok niewątpliwie niszczącego działania ich na ustrój ludzki skłoniły nas do prób własnych. Przeprowadzono badania nad działaniem na pasorzyty przewodu pokarmowego kwasu acetylooksyaminofenyloarsinowego (preparat „190"). Stovarsol dostarczyła oddziałowi bezinteresownie firma Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc. w Warszawie. Badania uwieńczone zostały bardzo pomyślnym wynikiem, o czem doniesiemy obszernie w osobnej pracy. Powinny one zwrócić uwagę na dział dotychczas niedoceniany i traktowany zbyt pobieżnie.

Sprawozdanie z działalności pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego.

Pracownia bakterjologiczna, rozszerzając stale zakres działania, rozwinęła w roku ubiegłym bardzo żywą działalność, wykonując ogółem 22.241 badań bakterjologicznych, serologicznych i klinicznych, a zatem o 9000 badań więcej, niż w roku ubiegłym (13.123 analiz w roku 1926). Jak wykazuje zestawienie szczegółowe, wykonano 9.475 badań krwi, w tem 756 posiewów, 249 badań mikroskopowych, 250 badań cytologicznych (poza badaniami na oddziałach) 19 chemicznych. Badań serologicznych (odczyn Gruber-Widala z prątkiem duru brzusznego, duru rzekomego B, z prątkami czerwonkowymi typu Shiga-Kruse, Flexnera, odczyn Weil-Felixa) wykonano 132 razy. Stacja Wassermannowska wykonała odczyn Wassermanna z surowicą krwi, płynami przesiękowymi i płynem mózgo-rdzeniowym w 2573 przypadkach (1662 badań w roku zeszłym), w stanie czynnym i unieczynnionym, co stanowi 4.835 odczynów Wassermannowskich.

Równocześnie z odczynem Wassermanna wykonywano stale odczyn zmętnienia Meinickego. (M. Tr. R.) (2.291) uzyskując znaczną zgodność z odczynem Wassermannowskim.

Badania bakterjologiczne wydzieliny z gardła i nosa wykonano 9.639 razy, a zatem blisko dwa razy więcej niż w roku 1925. Jak wspomniałem uprzednio, każdy chory płoniczy badany był natychmiast po przyjściu na oddział i przed wypisaniem ze Szpitala na obecność prątków błoniczych w nosie i gardzieli oraz na obecność łańcuszkowców krwiobójczych w jamie ustnej. Posiewów na zmodyfikowanej pożywce Cesty wykonano 4.729, otrzymując szybko wyniki pewne. Posiewów na płytkach krwawych wykonano 4.871, używając z wynikiem dobrym, zamiast poleconej krwi króliczej odwłóknionej krwi baranicj.

Badań bakterjologicznych kału wykonano 394, moczu 10, płynu mózgordzeniowego 98, mikroskopowych 190, chemicznych 62 Badań mikroskopowych i bakterjologicznych ropy, wysięków i przesięków wykonano 240, posługując się często doświadczeniem na zwierzętach.

Krew pobierano od ozdrowieńców poodrowych celem otrzymania surowicy Degkwitza 18 razy. Badania na jałowość przed każdorazowem stosowaniem surowicy wykonywała pracownia bakterjologiczna.

Aparat dezynfekcyjny oddziału zakaźnego (aparat „Vacuform" typu U. D. S. dla dezynfekcji parą wodno-formalinową o temperaturze 60—65° C i próżni 60—65 cm słupa rtęci) pozostawał pod stałą kontrolą pracowni bakterjologicznej, wykonywaną co 14 dni.

Poza oddziałem zakaźnym korzystały z naszej pracowni inne oddziały szpitalne, przedewszystkiem oddział wewnętrzny I, wewnętrzny II, skórny żeński, chirurgiczny i dziecięcy.

W roku ubiegłym rozpoczęła pracownia badania nad odrą i płonicą, które wskutek utraty jednego z dwu wyszkolonych bakterjologów będą musiały ulec z konieczności znacznemu ograniczeniu.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Dr. FRITZ. Lwów.

Z dziejów życianów (witamin).

Do pracy Dr. M. Chorzelskiej: Kilka uwag nad sztucznemi odżywkami witaminowemi por. Polska Gazeta Lekarska Nr. 15, (8. IV. 1928) str. 277 zaznaczającej, „że już w r. 1720 lekarz wojskowy Kramer, gdy w armji, w której się znajdował, wybuchła epidemja gnilca, zauważył, że żadne środki apteczne nie są w stanie wyleczyć, ani zapobiedz tej strasznej chorobie, natomiast zaleca jako najskuteczniejsze środki lecznicze: pomarańcze, cytryny i soki owoców", moglibyśmy dodać następującą uwagę: gnilec był chorobą dobrze znaną już w starożytności. Znajdujemy dokładne opisy jej objawów oraz skutecznego leczenia u Hipokratesa, Cezara, Pliniusza, zaś w wieku 16-tym n. p. u P. Foresta z Delft, Ronssaeusa i i. Przyczynę jej upatrywano w „dieta grossa et corrupta". Szczególnie żeglarze wiedzieli dobrze, że świeże owoce jak pomarańcze i cytryny leczą ją bardzo szybko, nad brzegami morza zakładano też kultury tych owoców, o ile na to klimat pozwalał. W opisach podróży z 16 i 17 wieku często o tem napotykamy wzmianki.

OCENY.

Prof. Dr. B r o n i s ł a w K o s k o w s k i: *Nauka o przyrządzaniu leków i ich postaciach.* Nakładem Mr. Farm. Franc. Heroda, Warszawa. Tom. I., str. XV + 635. Książka, która jako I-szy tom pod powyższym tytułem ukazała się niedawno na półkach księgarskich, zasługuje na uwagę nietylko farmaceuty, dla którego posiada wartość pierwszorzędną, lecz także i na uwagę lekarza. Sposoby bowiem utrzymywania i badania preparatów leczniczych, z któremi się lekarz spotyka na każdym kroku w swej praktyce, nie powinny mu być obce.

Przystępując do zapoznania się z dziełem prof. Koskowskiego nie wątpiliśmy, iż bierzemy do rąk książkę cenną gdyż nazwisko autora takie przypuszczenie całkowicie uzasadnia.

„Nauka o przyrządzaniu leków i ich postaciach" jest pięknym dorobkiem dla literatury farmaceutycznej wogóle, a jeśli chodzi specjalnie o literaturę farmaceutyczną polską, dziełem jedynem w swoim rodzaju.

Książka jest podzielona na 2 części: ogólną i szczegółową. Podając na wstępie części ogólnej dokładny opis racjonalnie, a nie jak dotychczas tylko wystawnie urządzonej apteki i laboratorjum aptecznego, autor przechodzi następnie do dokładnego opisu wszelkich czynności i przyrządów potrzebnych przy przyrządzaniu i badaniu leków. W części szczegółowej podaje obszerne i wartościowe przepisy otrzymywania poszczególnych preparatów przedewszystkiem oficynalnych wraz ze wszystkiemi ich przetworami oraz metody ich badania.

Olbrzymia praktyka laboratoryjna autora uwydatniła się w doskonałym doborze materjału i sposobie ujęcia tegoż.

Ponieważ skromne ramy niniejszego artykułu nie pozwalają na bardziej szczegółowe omówienie książki, przeto ograniczamy się do uwydatnienia niektórych jej rozdziałów.

Jako nowość wprowadza autor własnego pomysłu elektryczny aparat sterylizacyjny do recept, w swej konstrukcji i sposobie użycia niesłychanie prosty.

Godnym uwagi jest także podane przez autora urządzenie racjonalne zielarni, która by mogła odpowiedzieć najnowszym wymaganiom nauki dążącym do stabilizacji roślin t. j. takiego ich utrwalenia, by składniki czynne po wysuszeniu miały te same własności lecznicze, co w roślinach świeżych.

Dalej zapoznajemy się z dotychczas mało lub wcale nie uwzględnianemi w tego rodzaju podręcznikach metodami biologicznemi, które zyskują coraz większe znaczenie przy ocenie dobroci leków.

Opis analizy kapilarnej także należy powitać z zadowoleniem.

Zaznaczyć należy przytem, iż autor uwzględniając w swej książce najnowsze zdobycze naukowe podaje je w sposób nadzwyczaj ciekawy i przystępny dla czytelnika.

Wszelkie czynności wykonywane przy przyrządzaniu leków autor dzieli na 3 główne działy: czynności mechaniczne, fizyczne i chemiczne, z których każdy z kolei obejmuje znowu pewne grupy czynności, wszystkie opisane jasno z uwzględnieniem odpowiednich przyrządów.

Tyle co do części ogólnej.

Część szczegółowa, która, jak wspomniano, zawiera przepisy na poszczególne preparaty i metody ich badania zawiera następujące działy: ziółka, proszki: zwierzęce, roślinne i mineralne, soki zwierzęce, roślinne i oleiste, oleje oficynalne złożone, zawiesiny, wody i roztwory oficynalne, surowice mineralne, wody mineralne, wody mineralne sztuczne, spirytusy oficynalne proste i złożone, nalewki, roztwory spirytusowe kwaśne, roztwory kwasu octowego, wina lecznicze, wody aromatyczne i lecznicze, olejki lotne, wreszcie wyciągi, dializaty i żywice.

Nie mogąc tu wyliczyć wartości każdego z wymienionych działów ograniczę się do kilku uwag, dotyczących tej ogromnej masy materjału apracowanego w książce prof. Koskowskiego. Tak n. p. w dziale soków zwierzęcych znajdujemy szczegółowo opracowane metody badania mleka i przyrządzenia wszystkich jego przetworów.

W bogatym dziale nalewek autor poleca jako szczególnie racjonalną a przytem ekonomiczną dla całego szeregu surowców metodę perkolacji t. j. otrzymywanie nalewki przez wypieranie rozczynnika, a nie jak dotychczas przez macerację t. j. zalewanie surowca określoną ilością cieczy na przeciąg kilku dni. Pierwszy sposób pozwala na dokładniejsze wyczerpanie ciał czynnych z surowca.

Obszerny opis nalewki jodowej i przemian z niej się odbywających, od których zależą jej własności lecznicze, zasługuje także na uwagę.

Sprawie win leczniczych autor poświęca również sporo miejsca i cennych wskazówek.

Z powyższego bardzo zresztą pobieżnego przeglądu uwydatnia się teoretyczna i praktyczna wartość książki prof. Koskowskiego, to też powinna się ona znaleźć zarówno w bibljotece lekarza jak i chemika, który wielokrotnie w dziedzinie zagadnień farmaceutycznych pracuje.

Być może, że pewne drobne zmiany w układzie materjału i jego podziale mogłyby wyjść książce na dobre, tak samo można się nie zgadzać z niektóremi poglądami autora, lecz to absolutnie nie zmienia w niczem wartości tego cennego dzieła. Pominąć nie można i tego faktu, jakim jest niski koszt książki; 24 złote jest ceną minimalną w porównaniu z kosztami książek zagranicznych.

Przy okazji trzeba dodać, że wydana przed kilku laty przez tegoż autora książka p. t. „Receptura" jest cennym uzupełnieniem „Nauki o przyrządzaniu leków".

Ta ostatnia choć sama w sobie przedstawia całość zupełnie skończoną, jest jak głosi jej napis „tom I-szy" zapowiedzią II-go tomu, którego ukazania się czekamy z prawdziwą niecierpliwością.

Za przysporzenie literaturze polskiej dobrej książki także i jej wydawcy Mr. Herodowi należą się wyrazy uznania.

Dr. A. Rychterówna (Poznań).

Dr. L e s t s c h i n s k i A l e x a n d r e: *Les états nerveux et leurs traitements.* Genève. Edition Atar 1926 str. 312 in 16. Praca poprzedzona jest bardzo pochlebną przedmową profesora psychologji Uniw. Genewskiego Dr. C l a p a r è d e'a.

Autor, uczeń J a n e t'a, C l a p a r è d e'a, D u b o i s i Z b i n d e n'a, sam lekarz praktyk, zaznajamia na wstępie czytelników ze znacznemi trudnościami, jakie napotyka lekarz w leczeniu najelementarniejszych cierpień „nerwowych", które zbyt skromnie traktowane są w podręcznikach medycyny ogólnej, zbyt obszernie i w trudny sposób w książkach pisanych przez i dla specjalistów a najczęściej zupełnie nieodpowiednio w t. zw. popularnych broszurach.

W pierwszej części swej pracy autor omawia ogólnikowo stany nerwowe, przytaczając kilka przykładów ze swej kilkunastoletniej praktyki. Drugi rozdział poświęcony jest przejrzystemu opisowi neurastenji, psychastenji i histerji, przy którym autor zaznajamia nas z ważniejszymi poglądami bardziej znanych psychologów, neurologów i psychjatrów. W trzeciej części omawia autor wszelkie możliwe sposoby leczenia dużo poświęcając miejsca psychoterapji, swej specjalności. W czwartym wreszcie rozdziale książeczki mamy przedstawione skutki i znaczenie stanów

nerwowych dla chorego i jego otoczenia, środki zapobiegawcze, wreszcie typy psychologiczne i wnioski autora.

Zaletą książki jest to, że autor, krytycznie odnosząc się do najrozmaitszych kierunków psychoterapji, potrafił krótko, zwięźle i dostępnie ująć i przedstawić najważniejsze kwestje, z jakiemi spotyka się w życiu lekarz-praktyk, nie mający czasu na studjowanie obszerniejszych dzieł i podręczników. Dzięki tej zalecie książka zasługuje na rozpowszechnienie.

Dr. W. Morawska (Kobierzyn).

Dr. Leo Taussig: *Liquor cerebrospinalis.* Lumbalni punkce v Diagnostice, Progrostice a Therapii, v Pradze 1926 nákladem Mladé Generace Lekaru pro Ustr. Jednoté čsl. Lékaru., str. XVI + 440. 3 tablice i 37 rysunków. Cena Kč 80 (około 20 Złp.). Dr. L. Taussig, docent psychjatrji i neuropatologji uniwersytetu w Pradze, zestawił w swej książce to wszystko, co dotąd wiemy o nakłuciu lędźwiowem i płynie mózgowo-rdzeniowym, zestawiając krytycznie wyniki badań, ogłoszone przez innych autorów i swoje wieloletnie doświadczenie w tym kierunku.

Książka składa się z siedmiu części, z których każda zaopatrzona jest w spis literatury. Dla łatwiejszej orjentacji w materjale część każda podzielona na działy i poddziały, w których ważniejsze wyniki i dane dodatkowe uwidocznione zostały przez użycie trzech rodzajów druku i tytuły na marginesach.

W pierwszej części (35 stron) autor rozpatruje przygotowania do nakłucia lędźwiowego, samo nakłucie, postępowanie z chorym po nakłuciu lędźwiowem, wszelkie powikłania możliwe w przebiegu samego nakłucia i po niem, wreszcie właściwe sposoby postępowania w razie powikłań.

W drugiej części pracy (31 str.) mamy szczegółowy rozbiór wskazań i przeciwskazań do nakłucia lędźwiowego leczniczego i rozpoznawczego. Po krytycznem przedstawieniu w części trzeciej (33 str.) posiadanych przez nas wiadomości z fizjologji płynu mózgowordzeniowego podaje autor w czwartej części metodykę i technikę badań płynu mózgowo-rdzeniowego (146 str.). Część piąta pracy (41 str.) poświęcona jest rozbiorowi i ocenie wiadomości naszych o własnościach prawidłowego płynu mózgowo-rdzeniowego, część szósta (83 str.) zawiera dane wszelkiego rodzaju o jego zmianach patologicznych.

Wreszcie w ostatniej, siódmej części (49 str.) znajdujemy szczegółowy rozbiór typowych zmian płynu mózgowo-rdzeniowego w schorzeniach kiłowych układu nerwowego, w ostrem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i w rozmaitych schorzeniach ogólnych, gdzie stwierdzono zmiany własności płynu mózgowo-rdzeniowego. Najczęściej spotykane wyniki badań zestawione są w tablicy na końcu książki.

Przejrzysty układ pracy, bogata treść, liczne rysunki, tablice i zestawienia liczbowe, wreszcie ładna strona zewnętrzna składają się na ogólne dodatnie wrażenie. Książka Dra Taussiga stanowi rodzaj krytycznie opracowanej encyklopedji wiadomości naszych o płynie mózgowo-rdzeniowym, doprowadzonej do początku r. 1926, nie obejmującej badań późniejszych.

J. Morawski (Kobierzyn).

Dr. Hellmuth Deist: *Wegweiser für den Lungenkranken in leichten und schweren Tagen.* Leipzig 1928, 8⁰ str. 62. Verlag von Curt Kabitzsch. „Aertliche Beratung" Nr. 25. Jest to popularno naukowy przewodnik dla chorego na płuca Na niewielkiej liczbie stronic wyłuszcza autor ostatnie poglądy nauki na etjologię i patogenezę gruźlicy. Podaje krótkie wskazówki co do wyboru miejsca kuracji, zachowywania się w czasie choroby, omawia ogólne zasady leczenia, nie pomijając nawet takich metod, jak leczenie preparatami złotowemi, sztuczną odmą i thorakoplastyką. Omawia również problem małżeństwa i ciąży osób gruźliczych. Rozprawę zamyka opisem form chorobowych, w jakich gruźlica przejawiać się zwykła. Praca Dra Deista napisana jest jasno, zrozumiale i przystępnie, toteż spełni zapewne zadanie, jakie jej autor przeznaczył.

Dr. Marzec.

O. Polano: *Geburtshilflich - gynäkologische Propädeutik.* 5. vermehrte u. verbeserte Auflage — mit 110 farbigen Abbildungen — Leipzig 1928. Verlag von Curt Kabitzsch. Książeczka ta zawierająca 224 str. wydana na dobrym papierze z bardzo udatnymi rysunkami w zupełności odpowiada swemu tytułowi i przedmowie, w której autor przeznacza ją początkującemu jako wprowadzenie do kliniki ginekologiczno-położniczej.

Podzielona jest na część teoretyczną przedstawiającą stosunki anatomiczne, biologię i fizjologię narządów rodnych ciąży i porodu oraz część praktyczną przedstawiającą sposoby badania ginekologiczno - położniczego. Książkę tą można polecić zwłaszcza słuchaczom medycyny zaczynającym klinikę ginekologiczno - położniczą.

Dr. Tadeusz Zieliński (Kraków).

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1928, wydany nakładem Księgarni Nowości we Lwowie, ukazał się świeżo w handlu w cenie 6 zł 80 gr za egzemplarz starannie w płótno oprawny. Na 841 stronach mieści w sobie kalendarz ten bardzo obfity a starannie opracowany i dla lekarza praktyka wysoce poglądowy dział informacyjno-lekarski, na który składają się następujące części: Klimato i balneoterapja, promieniolecznictwo, kosmetyki, ortopedja, badania laboratoryjne, zatrucia, radjoczynne wody lecznicze, okres wylęgania i zaraźliwości chorób zakaźnych, oznaczenie okresu ciąży, wiek, wzrost i waga dziecka, etjologja i profilaktyka płonicy, dział rozpoznawczo-leczniczy, dietetyka, leczenie psychoz gorączką, najczęstsze zabiegi lecznicze, sekcja sądowo-lekarska, synonimy syntetycznych środków leczniczych, spis członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

K. K.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz wojskowy, tom XI, nr. 1, za styczeń 1928: A. Łukasiewicz: O różniczkowaniu paciorkowców. — A. Perekładowski: Opis warunków sanitarnych garnizonu Grodno. — R. Sołtysik i J. Kochanowski: Sympus apus. — H. Garewicz: Przyczynek do techniki prześwietlań i zdjęć szczytów płucnych. — J. Świechowski: Obserwacja lekarza pułku strzelców konnych nad rozwojem fizycznym rekruta. — W. Chodźko: W sprawie organizacji ratownictwa w państwie polskiem. — F. Białokur: Materjały do historji służby zdrowia w powstaniu styczniowem 1863-64 r. — L. Zembrzuski: Zagadnienie rewizji Konwencji genewskiej w stosunku do charakteru wojny współczesnej.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 7, z 5 kwietnia 1928: L. Jutman: O pograniczu chirurgiczno - internistycznem w gastrologji. — L. E. Bregman i K. Poncz: O powikłaniach mózgowych po odrze. — Wł. Sterling: Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej (c. d.). — S. Rubinrot: W sprawie metodyki rentgenologicznego badania klatki piersiowej. I. Raczkowski: Kilka uwag o znaczeniu fosforu dla ustroju. W. Knappe: Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 16, z 15 kwietnia 1928: I. Fabicki: Przyczynek do badań nad przysadką mózgową. — Z praktyki zawodowej. — Sprawy zawodowe.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 3, z r. 1928: Fr. Ks. Cieszyński: O leczeniu i zapobieganiu krzywicy. — I. Śniegowski: O rozpoznaniu i leczeniu rzeżączki IV (dok.).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, zeszyt 8, z r. 1928: H. Higier: O zadaniach i stanowisku społecznem zawodu lekarskiego. R. Konkiewicz: Lekarze francuscy a ubezpieczenia chorobowe.

Medycyna, rok II, Nr. 13, z 1 kwietnia 1928: K. Orzechowski: Zdobycze diagnostyki i terapji neurologicznej w ostatnich latach. — K. Jonscher: Nadużywanie diety kleikowej i mącznej. — T. Bartoszek: Kapilaroskopja w różniczkowaniu ostrych wysypkowych chorób zakaźnych. — W. Janusz: Działalność pierwszego prymarjusza-prosektora prof. I. Hornowskiego w Kulparkowie w świetle obecnego kierunku anatomicznego w psychjatrji.

Medycyna, rok II, Nr. 15, z 14 kwietnia 1928: B. S. Bronowski: Leżenie w łóżku jako metoda lecznicza. — D. Zuberbier: Przyczynek do etjologji i kazuistyki ropnicy pochodzenia wczesnego. — A. Ambrożewicz: Rak zapalny gruczołu piersiowego. R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego.

Chirurgja kliniczna, tom I, zeszyt 2: A. Jirásek: Endomyelografja w jamistości rdzenia. — St. Nowicki: Zniekształcające zapalenie stawów wywołane doświadczalnie przez zakażenie. — I. Sehlingmann: Zaopatrzenie kikuta moczowodu po wycięciu nerki gruźliczej. — F. Skubiszewski: Skuteczność wycięcia nerwu współczulnego okołotętniczego w zespołach bólowych na

kończynach dolnych. — J. Jasieński: Diagnostyka swoista gruźlicy pozapłucnej. — F. Pisarski: O metodach badania sprawności czynnościowej nerek, w świetle nowoczesnych poglądów na wytwarzanie moczu.

Lekarz Polski, rok IV, Nr. 4, z 1 kwietnia 1928: M. Zachert: Państwowa akcja zwalczania jaglicy w Polsce. — W. Judym: Rola lekarza w demokracji współczesnej (c. d.). — St. Czerwiński: Ubezwłasnowolnienie z powodu choroby umysłowej. — E. Soboczyński: O związek dla spraw szpitalnictwa. — Sęczyc: Nie tędy droga. — St. Czerwiński: Orzeczenie Sądu najwyższego w kwestji odpowiedzialności aptekarzy za sprzedaż sacharyny z art. 128 ustawy karno-skarbowej. — Z ustawodawstwa sanitarnego. — Z izb lekarskich. — Z organizacji lekarskich.

Higjena ciała i sport, rok IV, Nr. 27, za marzec 1928: Z. Steusing: Eubiotyka (c. d.). — E. Schalit: Co to są bakterje i jaka ich rola w życiu człowieka. — M. Brüll: Niebezpieczeństwo grożące uzębieniu od szczoteczki do zębów. — I. Fraenklowa: O profilaktyce chorób umysłowych. — H. Rosenzweig: Krzywica. — S. Mokrzycki: Z cyklu „Narkotyki". Eter. — J...a D...a: Miejskie boiska zabawowe w Ameryce. — T. Chrapowicki: Ze szkół. — A. Sałamańczuk: Miejsca organizmu szczególnie na obrażenia wystawione i ich znaczenie w sporcie. — C. Rębowski: Wychowanie fizyczne w wojskowych szkołach rezerwy.

Higjena pracy, rok I, Nr. 1, z r. 1928: I. Luxemburg: Praca, jako przedmiot badań lekarskich. — A. Landau, I. Bauer i M. Grochowski: Zawodowe zatrucie ołowiem. — K. Żurawski: Zarys zawodowych chorób skóry. — M. Grzybowski: Wyprysk, jako choroba zawodowa. — G. Raciążek: Projekt organizacji lekarskiej inspekcji pracy. — A. W. Lutze-Birk: Bezpieczeństwo pracy, jako warunek jej wydajności.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Liječnički Vjesnik.

1928, Nr. 1, Zagrzeb.

Przedmowa z powodu 50-lecia Liječničkiego Vjesnika.

Prof. Dr. M. Lapińskij: Przypadek guza komory (IV).

Dr. R. Bassin: Operacyjnie usunięty cysticercus cellulosae intraocularis.

Prof. Dr. B. Špišić: Dlaczego należy jak najwcześniej rozpoznawać wrodzone subluxacje biodrowe. Wykład.

Dr. Sr. Hefman: Leczenie Roentgenem ostrych spraw zapalnych.

Dr. G. Bogić: O chlebie naszych włościan.

Sprawozdania, Bibliografja słowiańska, Sprawy zawodowe, Medycyna społeczna, Zjazdy i posiedzenia, Kronika.

Dodatek: Dr. R. Rosner: Przewlekły gościec stawowy.

1928, Nr. 2, Zagrzeb.

Numer niniejszy wydany jako Pamiętnik pięciolecia istnienia kliniki ocznej w Zagrzebiu, przedstawia się okazale jako gruby tom o 489 stronach. Zawiera prace okulistów zagranicznych i krajowych w pokaźnej liczbie 58. Wśród autorów spotykamy nazwiska: prof. Filatow (Odessa), prof. Fuchs (Wiedeń), doc. Gala (Bratislava), prof. Gołowin (Moskwa), Dr. Horniker (Triest), ass. Jasiński (Poznań), prof. Kadlicky (Bratislava), prof. Kapuściński (Poznań), ass. Krystin (Bratislava), prof. Lauber (Wiedeń), prof. Lindner (Wiedeń), prof. Meller (Wiedeń), Dr. Meyerhof (Kairo), prof. Noiszewski (Warszawa), prof. Odincow (Moskwa), prof. Paszew (Sofia), doc. Samoiłow (Moskwa), prof. Szymański i ass. Abramowicz (Wilno), ass. Breitenfeld, prym. Ješe, prof. Kogoj, Dr. Lusić-Matković, prof. Nieśić, prym. Nižetić, maj. Petrović, prym. Popović, Dr. Stajduhar, prym. Wućićević, prof. Žarnik, prof. Botteri, as. Car, as. Cavka, Dr. Derkać, Dr. Mašek-Breitenfeld, as. Španić, as. Toth.

Medicinski Pregled.

R. II, Nr. 11, Belgrad-Zagrzeb-Lublana-Sofia.

A. Dj. Kostić: Hodowla tkanek in vitro.

A. Holste: O działaniu viscum album.

Dj. Vranešić: O punkcji subokcipitalnej.

B. Gradojević: O leczeniu złamań kończyn górnych i dolnych.

M. Sarvan: Bieżące poglądy na krzywicę.

L. Stanojević: Teorja i praktyka w ocenie czynności nerek.

R. A. Pavlović: Nasze słownictwo lekarskie.

Przegląd piśmiennictwa krajowego i zagranicznego, sprawy bieżące.

Leszczyński, (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Med. Klinik.

1928, 8.

C. Prausnitz: *Badania nad działaniem wyższych koncentracyj bezwodnika kwasu węglowego w powietrzu oddechowem.* Liczne doniesienia o zatruciach bezwodnikiem kwasu węglowego wymagają krytycznego rozpatrywania, albowiem tylko rzadko ma się do czynienia z wyłącznem działaniem tego gazu. Najczęściej zatrucia są skutkiem wzmożonej zawartości znacznie jadowitszego tlenku węgla w powietrzu, albo ma się do czynienia z uduszeniem z powodu zmniejszenia się zawartości tlenu w powietrzu. Kunkel wykazał, że jeśli zawartość tlenu spada z 21% na 11.3%, grozi człowiekowi śmierć z uduszenia. Tam gdzie zawartość powietrza w bezwodnik kwasu węglowego się zwiększa, szkodzi równocześnie z powodu tego podniesiona ciepłota i wilgoć powietrza i utrudnione oddawanie ciepła. Występujące w tych warunkach u wrażliwych osób zaburzenia, jak mdłości, zawroty i omdlenia, odnieść należy do zatrzymania i zastoju ciepła a nie do działania bezwodnika kwasu węglowego. Koncentracje powietrza z 0.1% CO_2 są zupełnie nieszkodliwe. W chłodnem, niezbyt wilgotnem powietrzu zawartość 1% CO_2 jest jeszcze nieszkodliwa. W ostatnim czasie zalecano mieszankę 5% CO_2 z tlenem do cucenia asfyktycznych, n. p. dla otrutych tlenkiem węgla lub przy końcu narkozy, ponieważ owo podwyższenie kwasu węglowego wywołuje pogłębienie oddechów. Natomiast jeszcze wyższa zawartość CO_2 w powietrzu jest już jadowita, lecz jak wspomniano, przyczynia się do szkodliwego działania uduszenie z powodu zmniejszenia się zawartości tlenu. Ponieważ w ostatnich czasach zdarzały się w kopalniach węgli Śląska niemieckiego dość liczne wypadki wybuchu bezwodnika kwasu węglowego i zatrucia górników tym gazem, autor w zakładzie higjeny uniwersytetu wrocławskiego przeprowadził liczne doświadczenia z kwasem węglowym na ludziach i zwierzętach, badając działanie tego gazu na błony śluzowe i skórę, na wessanie i oddychanie i na podstawie tych badań dochodzi do następujących wniosków:

1) 5—10% CO_2 wywołuje u wielu ludzi wyraźne pieczenie na spojówkach, u niektórych osób zaś najniższa dająca się uczuwać koncentracja leży powyżej 10%. Granica znoszenia zaś leży dopiero pomiędzy 40 a 50%.

2. Wessanie bezwodnika kwasu węglowego odbywa się w niedającym się wykazać rozmiarze, nawet jeśli powietrze zawiera 60—70% CO_2.

3) Zdrowi, silni ludzie nie reagują widocznie na wdychiwanie 2—3% CO_2, nawet przez dłuższy czasokres, 5—6% wywołuje silną duszność, jednak bez żadnych dalszych objawów. Przy powolnem podniesieniu zawartości kwasu węglowego można było znieść 8% przez 20 minut, 9.5% przez 10 minut bez poważnych szkód. Już nieco wyższe zgęszczenia musiałyby prowadzić do nieprzytomności. Lecz istnieją widocznie indywidualne różnice, a osoby z uszkodzonemi narządami krążenia i oddychania są wrażliwsze.

4) Psy, koty, króliki, świnki morskie, szczury i myszy są zdaje się na 10% CO_2 zupełnie niewrażliwe; w 25—30% następuje głęboka narkoza bez widocznych następstw, 50% CO_2 znoszą zwierzęta przeważnie przez 1 godzinę jeszcze bez szkody, lecz po częstem powtarzaniu większa część zwierząt ginie. Jeszcze wyższe koncentracje mają prawie zawsze skutek szybko zabijający. Wynikłe z tych doświadczeń wnioski dla ratowania uduszonych przy wybuchach bezwodnika kwasu węglowego w szybach wskazują, że główne środki ratowania są sztuczne oddychanie, dostarczanie tlenu, injekcje lobeliny i masaż serca.

Fels.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

W uzupełnieniu sprawozdań z XXI-go i XXII-go posiedzenia, odbytego w dniu 24 czerwca, względnie 1 lipca 1927 roku, a ogłoszonych w numerze 7-mym Polskiej Gazety Lekarskiej na stro-

nicy 127 z r. b. podajemy poniżej tok dyskusyj na tych posiedzeniach przeprowadzonych:

Ad posiedzenie XXI z 24 czerwca.

W dyskusji: Kol. Landes-Leinerowa: Na poprzedniem posiedzeniu przedstawił Prof. Bocheński daty statystyczne wyników radioterapji raków macicy, i zapodał je na przeszło 50% wyleczonych przypadków. Cyfra ta jest naprawdę imponująca. Nie kwestjonując prawdziwości tych zapodań, chciałabym prosić o pewne wyjaśnienia co do sposobu ułożenia tej statystyki. Mianowicie idzie o to czy statystyka obejmuje wyłącznie wypadki wyleczenia radioterapją (to jest radem i prom. Roentgena łącznie) które są już w obserwacji od 5 lat po ich wyleczeniu, czy też w okresie krótszym, gdyż za bezwzględnie uleczone uważa się w świecie naukowym tylko takie pacjentki, które pozostają w obserwacji przez 5 lat po ich wyleczeniu; o ileby bowiem statystyka nie opierała się na 5-letniem doświadczeniu nie mogłaby wcale wchodzić w rachubę,

II. pytanie: czy statystyka podana przez pana Prof. Bocheńskiego uwzględnia tylko przypadki nie nadające się do operacji, czy też mieszane to zn. nadające się i nie nadające się do operacji?

III. pytanie: czy wszystkie przypadki były przed rozpoczętem leczeniem histologicznie badane i czy po skończonem leczeniu stwierdzono histologicznie ich wyleczenie?

A pytania te stawiam z tego powodu, że pan Prof. Bocheński zauważył, że gorsze wyniki statystyczne należy przypisać gorszej technice, a więc nieumiejętności radiologa, że dobry aparat nie stanowi dobrego radiologa, z czem ja się w zasadzie zgadzam. Wiemy jednak z doświadczenia, że statystyki są bardzo względne i subjektywne, i musi zastanowić ten moment, że najsławniejszy instytut na świecie *L'Institut du Radium et de Fondation Curie* w Paryżu wykazuje tylko 17% wyleczenia radioterapją raków macicy w przypadkach nienadających się do operacyj, a 26% w przypadkach mieszanych, t. zn. nienadających się i nadających się do operacyj, a więc wyniki o $^2/_3$ gorsze od wyników tutejszych, a jednak nikt nie odmówi autorytetu na polu leczenia radjoterapją Prof. Regaud stojącemu na czele wymienionego instytutu. (Autoreferat).

Kol. Serbeński zapytuje jakim preparatem radowym naświetlano i jak naświetlano.

Kol. Pisek przypomina dobre wyniki uzyskiwane przez autorów amerykańskich przez stosowanie ołowiu.

Kol. Penzias zapytuje o technikę naświetlania promieniami Roentgena.

Kol. Seidler drukowane w P. G. L. Nr. 37, 1927. Str. 643.

Kol. Schütz podnosi, że w przypadkach raka żołądka nie nadających się do operacji naświetlania rentgenowskie w praktyce prywatnej są niemożliwe. Wchodzą w rachubę tylko próby kliniczne. Naświetlania raka szyji macicy mimo dogodnego położenia dały wyniki dobre dopiero po 20-kilkuletnich próbach. Niewątpliwie uda się przy rakach żołądka uzyskać wyniki po polepszeniu technicznem sposobów naświetlania.

Kol. Meisels w odpowiedzi na zapytania: Naświetlano przez 16 dni pr. Roentgena, z 4 pól, na każde pole 24 H. przez 0.5 Zn. z odległości 30 cm zależnie od grubości osobnika. Aparatem Symetric. Do naświetlań radem używa siarczku radu w ilości 50 mg. Czas określa w miligram godzinach przyczem 1200 mg godz. = 3 dawki rumieniowe = 36 H. W ciągu 6 tygodni naświetla 3 razy.

(Odpowiedź Kol. Bocheńskiego zob. Posiedzenie XXII).

Ad posiedzenie XXII z 1 lipca.

Dyskusja: Kol. Landes-Leinerowa: Na moje pytanie czy klinika tutejsza dysponuje pięcioletniem doświadczeniem otrzymałam od pana Prof. Bocheńskiego wyjaśnienie, że najstarsze przypadki sięgają 3 lata wstecz, a wiadomo że tego rodzaju statystyka opierająca się na 3-letnim okresie spada w ciągu dalszych 2 lat prawie do $^1/_4$ części, czyli że w danym wypadku wynosiłaby po 5 latach około 13%.

Pytanie czy wszystkie przypadki były badane histologicznie przed rozpoczętem i po skończonem leczeniu miało w tem swoje uzasadnienie, że są przypadki chronicznej metritis podejrzane na raka, których badanie histologiczne mogłoby zaszkodzić pacjentce, i które naświetla się bez poprzedniego badania histologicznego, wszelako tych przypadków jako wątpliwych co do diagnozy nie należy wciągać do statystyki wyleczonych.

Na moje pytanie trzecie, czy przypadki naświetlane składały się z nadających się i nienadających się do operacji, czy tylko z przypadków nienadających się do operacji, wyjaśnił pan Prof. Bocheński, że naświetlano też przypadki nadające się do operacji, a pan Kol. Meisels twierdził, że właściwie wszystkie przypadki były zaniedbane nienadające się do operacji, a więc przeszło 50 proc. w stosunku do 17% Prof. Regaud.

Pan Prof. Bocheński powołuje się na statystyki niemieckie, a pan Kol. Meisels twierdzi, że niewie dlaczego statystyka Prof. Regaud jest najgorsza.

Na to muszę zaznaczyć, że większość rentgenologów niemieckich w roku 1921 i później stała na stanowisku, że wszystkie raki są jednakowo uleczalne, jeżeli je naświetli się 110% dawki rumieniowej, że złe wyniki należy przypisać złej technice, że nie wszystkie komórki otrzymały 110% dawki rumieniowej, i że 40% dawki rumieniowej wywołuje podrażnienie komórek rakowych do szybszego rozwoju, opierając się na prawie biologicznem Arndt Schultza, i na tych podstawach zbudowano całą technikę naświetlania odbywającą się w jednym akcie, która później okazała się szkodliwą dla pacjentek i mniej skuteczną aniżeli dawkowanie rozłożone na przeciąg około 2—3 tygodni. Jedynie szkoła wiedeńska z Prof. Holzknechtem na czele i Prof. Jünglich z Tübingen występowali przeciw tej teorji i dzisiaj śmiało możemy powtórzyć słowa Prof. Holzknechta wypowiedziane na kongresie rentgenologów niemieckich w roku 1922, „że ulepszenie techniki tylko do pewnych granic pociągnie za sobą ulepszenie wyników, i że nie my oznaczamy, tylko rodzaj nowotworu oznacza, czy naświetlania dadzą efekt czy nic", i tem musimy się zadowolić. A więc wskutek tych mylnych hipotez Niemcy nie rozporządzają tak długoletnią statystyką przy jednakowym sposobie leczenia, jak Prof. Regaud.

Ja nie mam nic do zarzucenia technice leczenia Kol. Meiselsa i gdyby Kol. Meisels miał tylko 10—20% wyleczonych przypadków przy rakach nienadających się do operacji, to byłoby to przecież pięknym wynikiem, z drugiej jednak strony przyznać musimy, że Prof. Regaud posiada bardzo dobrą technikę może najlepszą na świecie, a jego statystyka około 3 razy gorsza od tutejszej jest wynikiem długoletniej i dokładnej pracy człowieka, który stojąc na tak wybitnem stanowisku bez upiększenia podaje światu nagą prawdę.

Kol. Nowicki podnosi wartość pracy kol. Lenczowskiego.

Kol. Grabowski zapytuje jaką wartość wedle doświadczenia Kol. prelegenta ma obecność komórek cozynochłonnych w naciekach oraz pojawianie się komórek palisadowych (Stiftzellen) opisanych przez Lahma.

W odpowiedzi Kol. Lenczowski daje wyjaśnienia odnośnie do tej części wykładu , w której mówił o znaczeniu nacieków drobnokomórkowych, podnosząc zarazem jeszcze raz, że badania drobnowidowe nie są jeszcze ukończone.

Kol. Bocheński wyjaśnia poruszoną sprawę naświetlań nawrotów powstałych w przypadkach poprzednio leczonych naświetlaniami lub też w przypadkach operowanych po poprzedniem naświetlaniu. Wbrew niektórym zapatrywaniom (Regaud), jakoby w przypadkach już naświetlanych ponowne naświetlania nie działały i były bezskuteczne, miał sposobność przekonać się kilkakrotnie, że w przypadkach tych ponowne naświetlanie nie tylko może spowodować doraźną ale nawet trwałą poprawę a nawet wyleczenie. Ostatni podobny przypadek przedstawił przed kilku dniami w Tow. ginek. lwow.

Co się tyczy podniesionej sprawy wyników po naświetlaniu a mianowicie, jakoby odsetek wyleczenia w przypadkach nadających się do operacji, wynosił tylko 26%, zauważa, że rzecz ta polega widocznie na nieporozumieniu, gdyż liczne i bogate statystyki wielu autorów podają odsetek ten znacznie wyższy, niektóre nawet ponad 80%. Statystyka zbiorowa Wintza, Döderleina, Mengego, i Forssel'a, która była przedmiotem obrad na ostatnim zjeździe rentgenologów w Wiesbadenie w kwietniu b. r. podaje odsetek ten na 50%.

Mówca wyraził przekonanie, że w sprawie tak ważnej jaką jest leczenie raka macicy energją promieniotwórczą klinika lwowska zrobiła bardzo wiele, gdyż mimo niekorzystnych warunków pracy, które nawet w przybliżeniu nie mogą iść w porównanie z warunkami bogato wyposażonych i specjalnie na ten cel urządzonych zakładów zagranicznych, udało się jej wypracować własną metodę naświetlania i uzyskać wyniki, które conajmniej dorównują wynikom tychże zakładów i które świadczą, że w sprawie tej nie pozostaliśmy w tyle.

Mowca zdaje sobie sprawę, że praca jednego zakładu do tego źle wyposażonego, nie jest w stanie zadośćuczynić ani części tych potrzeb, jakie pod tym względem istnieją w naszem społeczeństwie i podziela zapatrywanie tych autorów, którzy twierdzą, że walka z chorobą raka wydać może dobre wyniki tylko przy pomocy zakładów dobrze zorganizowanych i należycie wyposażonych. Wzory takich zakładów istnieją już za granicą. Nie-

stety my w ślady te iść nie możemy, bo ani władze państwowe z łatwo zrozumiałych powodów nie są w stanie wyłożyć na ten cel odpowiednich sum, ani też nie mamy w naszem ubogiem społeczeństwie jednostek któreby hojnymi darami i fundacjami umożliwiły spełnienie tego zadania. Dlatego mowca jest zdania, że pracę w tym kierunku winniśmy zorganizować inaczej i ma na myśli porozumienie wspólne wszystkich, którzy w akcji tej cośkolwiek mogą zrobić jak zakłady naukowe, zakłady lecznicze publiczne i prywatne, rentgenolodzy, lekarze prywatni zwłaszcza na prowincji i t. d. Praca stała i systematyczna jednostek, praca atoli oparta na zasadach wspólnego i celowo obmyślonego planu może z pewnością nawet w naszych, choć skromnych warunkach, wydać wyniki a w każdym razie nie dopuści do tego, by sprawa tak ważna leżała odłogiem. Odpowiedź na inne kwestje i pytania, podniesione przez Kol. Landes-Leinerową i Kol. Penziasa, znajduje się w wygłoszonych referatach.

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 14. X. 1927.
Przewodniczy: Kol. Ziembicki.
Obecnych: 67.

I. Kol. Arend (Oddz. nerw.) i Czyżewski (Oddz. chir.) przedstawiają *przypadek guza około-rdzeniowego* operacyjnie usuniętego. Guz ten *(angiosarcoma)* usadowiony był na wysokości odcinka szyjnego I. i II. Górny biegun guza gubił się w zbiorniku wielkim *(cysterna cerebello-medullaris)*. Cierpienie trwało rok i doprowadziło wśród intensywnych neuralgicznych bolów karku i potylicy do porażenia obu rąk i nóg, do zaburzeń tak powierzchownego, jak i głębokiego czucia na całem ciele za wyjątkiem czoła i prawej strony twarzy, do zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca; nadto stwierdzono wyraźny oczopląs poziomy ku obu stronom.

Na dwa dni przed operacją wykonano nakłucie karkowe, płynu jednak nie uzyskano. Na głębokości, na której wchodzi się zwykle do zbiornika natrafiono na opór jednolity, mniejszy aniżeli opór, jaki stawia tkanka mózgowa. Po nakłuciu stan chorego pogorszył się, wystąpiła czkawka, osłabienie akcji serca, a wkrótce porażenie części międzyżebrowych i przepony. W dniu operacji stan chorego zdawał się być beznadziejny: temp. 39° C., zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych, porażenie mięśni oddechowych, tętno nitkowate. Chorego utrzymywano przy życiu zapomocą sztucznego oddechania. To nagłe pogorszenie odnieśliśmy do gwałtownego powiększenia pojemności guza przez krwotok do tegoż, spowodowany nakłuciem, co rzeczywiście biopsja potwierdziła. Operację przeprowadził Kol. Czyżewski. Część dolną guza usunięto z łatwością, część górną siedzącą w zbiorniku wielkim usunięto cząstkami, być może niezupełnie. Już po nacięciu opony twardej oddech powrócił do normy, a pod koniec operacji chory poruszał nieznacznie palcami. Dnia 6 poruszał kończynami górnemi i dolnemi, oddawał mocz bez zaburzeń, dnia 14 siadał, od dnia 22 chodził. W tym dniu bez objawów neuralgicznych. Po naświetleniu promieniami Roentgena odchodzi chory w 6 tygodni po operacji do domu zupełnie zdrów.

W dyskusji: Kol. Rotfeld podnosi, iż przypadek ten należy do bardzo nielicznych opisywanych w piśmiennictwie neurologicznym. Kol. Pisek obserwował chorego przedstawionego na swoim oddziele. Rozpoznanie wahało się miedzy ataksją móżdżkową a *sclerosis multiplex*. Kol. Domaszewicz podnosi wartość nakłucia potylicznego w tym przypadku. Rokowanie jednak jest wątpliwe.

Dyskusja nad wykładem Kol. Sochańskiego p. t. *„Somatyczne typy ludzkie w pojęciu lekarza internisty"*.

Kol. Wiczyński podnosi wartość określania konstytucji cielesnej wedle cech morfologicznych, łatwo dostępnych badaniu każdego lekarza-praktyka a ujętych w 4 typy przez Sigauda i jego uczniów. Byłoby pożądanem zestawienie, jakim typom Sigauda odpowiadają typy konstytucjonalne podane przez Kol. Sochańskiego.

Mówca podnosi, że dla medycyny praktycznej cenniejsza jest odpowiedź na pytanie: w jakich odsetkach spotyka się poszczególne typy przy danej chorobie, aniżeli odpowiedź na pytanie: jakie choroby spotyka się w danym typie. Pierwszy sposób ujęcia sprawy daje nam obraz usposobienia pewnych typów do pewnych chorób, przez co zyskujemy pewne wskazówki nietylko patogenetyczne, lecz i rozpoznawcze, ściśle co do swej wartości odsetkami określone (Rosner — konstytucja narządów rodnych przy mięśniakach macicy, Orzechowski i Wiczyński — konstytucja cielesna ogólna i konstytucja narządów rodnych kobiecych przy zmiękmieniu kości).

Kol. St. Ostrowski podnosi, że mimo a może dzięki rozwojowi pewnych działów medycyny zwłaszcza bakterjologji, świadomość istnienia odporności osobniczej musiała wysunąć wartość ustroju, jego konstytucję, wpływ warunków zewnętrznych i t. p. Kol. O. przyjmuje możliwość zmienności typów somatycznych pod wpływem chorób zakaźnych i innych czynników (u. wkrewno-weget). Przypomina prace Sterna oraz Orzechowskiego o typach tabetyków i paralityków na tle zmian metaluet. w gruczołach dokrewnych a wreszcie że zagadnieniem konstytucjonalizmu zajmuje się w dermatologji szkoła Krzyształowicza u nas, Pulvermacher i inni za granicą.

Kol. Pisek: W nauce o typach należałoby rozróżnić stronę wyłącznie naukową, antropologiczna, mającą bezprzecznie pierwszorzędną wartość i stronę lekarsko-djagnostyczną. Wprawdzie prelegent oparłszy się na własnym materjale — wskazał nam grupy schorzeń najczęściej występujących w pewnych typach ale przecież korzystniejszą byłaby droga wskazująca nam o ile dany typ mógłby być użyty jako rozpoznawczy szczegół w przypadku chorobowym. Przykładowo możnaby przypomnieć podział Sigaud'a, autora którego i prelegent przytoczył — nie wspomniawszy o jego 2 typach męzkich: *brevilignes* i *longilignes* zależnie od kąta Charpy'ego (mostka i łuku żebrowego) o granicznej rozwartości 45° C. U człowieka „długolinijnego" o kącie mostkożebrowym ostrym, częściej stwierdzaliśmy obwiśnięcie żołądka i trzew, następową niestrawność i t. p. niż u człowieka „szerokolinijnego". Otóż nauka o typach dotychczas w skąpej mierze dostarcza nam podobnych wskazówek (typ Stillera). Nie można się temu dziwić skoro sobie uprzytomnimy jaka panuje rozbieżność między danemi anatomicznemi (uzyskanemi na żołądkach) a obrazami rentgenologicznemi u osób żyjących — właśnie co do trzew. Również i poglądy Benckego o szczególniejszej budowie układu naczyniowego i szkieletu mające usposabiać do nowotworów — zainicjowane przed kilku dziesiątkami lat — okazały się złudne; po zakładach anatomji patologicznej mierzono na milimetry w setkach przypadków szerokości złożonych pni naczyniowych — tyle pracy a tak skąpe wyniki.

Kol. Fels wspomina, że Kabanow w Moskwie przyjmuje tylko dwa główne typy konstytucyjne, a mianowicie typ skupieniowy ze skłonnością do gromadzenia materji, oraz energji nerwowej i typ rozpadowy ze skłonnością do rozpadu materji i utraty energji nerwowej. Na tym podziale konstruuje on wszelkie rozmaite konstytucje prawidłowe i chorobowe. W konstytucji zbiorowej przeważa wysokie parcie krwi, wielkie serce, grube i szerokie tętnice, dobrze rozwinięte mięśnie, grube kości i szerokie krótkie kończyny, dobrze rozwinięte żebra, krótka szyja i klatka piersiowa i szerokie barki. Istnieje mniejsza skłonność do gruźlicy płuc, większa natomiast do krwistości, rozedmy, stwardnienia tętnic i krwotoków.

W konstytucji rozpadowej przeważa skłonność do gruźlicy płuc, natomiast mniejsza skłonność do chorób serca i naczyń nerek, wątroby i skóry. Istnieje też skłonność do niedokrewności, niski stan przepony, niskie parcie krwi, małe serce, wąskie tętnice i wąska, długa aorta, biała skóra, skłonność do opadnięcia trzew i narządów, wiotkie mięśnie, opadnięcie łopatek, barków i żeber, wąskie i długie kończyny, długa, wąska szyja i klatka piersiowa oraz wysoki wzrost. Konstytucje mają wielki wpływ na przebieg i wyjście chorób wogóle i chorób zakaźnych. (Autoreferat.

W odpowiedzi przemawia Kol. Sochański. Odnośnie do uwag Kol. Ostrowskiego nie wyklucza S. możliwości zmiany formułki inkretorycznej pod wpływem bodźców szkodliwych, zwłaszcza o ile dotyczy to wieku dziecięcego. U dorosłych są te zaburzenia stosunkowo słabsze, bo ustrój starszy jest wkrewno-wegetatywnie trudniej przystępny dla wpływu wspomnianych bodźców. Wnioski o wdzielniczym podkładzie każdego z wymienionych typów oparł mowca na ścisłych danych, osiągniętych badaniem klinicznem w dostępnych temu ostatniemu przypadkach. O ile to było możliwem ocenić na materjale internistycznym, uważa S. typy z nad i pod- czynnością tarczycy, typ hypo-genitalny a poniekąd, częściowo i typ nadnerczowy za dość częste w odniesieniu do przypadków, w których dawały się stwierdzić schorzenia skóry.

W odpowiedzi Kol. Wiczyńskiemu podkreśla praktyczność inkretologicznego podziału typów dla lekarza-internisty, czem nie umniejsza wartości podziałów ujętych z punktu widzenia innych specjalności. Stosunek typów Rosnera i Sigauda do patogenezy zmiękmienia kości uważa za problem o dużej wadze. Poglądy Kol. Wiczyńskiego i Prof. Orzechowskiego odnośne do tego zagadnienia rzucają na to ostatnie dużo światła.

Uwaga Kol. Wiczyńskiego, iż typ płciowy u kobiet winien się raczej określać jako erotyczny, jest słuszną w rozumieniu typów wedle określenia Rosnera. W pojęciu endokrinologicznym jest typ erotyczny typem płciowym, bo związanym z nadmiarem wpływu inkretów płciowych na ustrój, co nie wyklucza względnej niedomogi funkcjonalnej organów płciowych a nawet może przemawiać za istnieniem niemożności wyładowania się odpowiedniego energji seksualnej..

Odnośnie do uwag Kol. Piseka uważa inkretologiczny podział a oparty ponadto na wynikach bezpośredniego spostrzegania za więcej dostępny dla lekarza-praktyka aniżeli cenne też lecz mniej przejrzyste a przytem żmudne i wymagające dużo czasu metody miernicze.

Podziału Sigauda nie mógł z braku czasu omawiać zbyt szczegółowo.

Typy Kabanowa, cytowane przez Kol. Felsa uważa, za więcej ogólne w ujęciu. W typie skupieniowym mieszczą się cechy właściwe t. nadnerczowemu, typ rozpadowy ma styczność z tarczycowym, astenicznym i ich zespoleniami.

Zgadza się z Kol. Prof. Cieszyńskim, iż badania antropologiczne podkreślane w przemówieniu Kol. Węgrzynowskiego, muszą być ujęte odmiennie niż studja nad typami somatycznymi pojętymi internistycznie.

W odpowiedzi Kol. Ziembickiemu określa ustosunkowanie swego podziału do innych nadmieniając iż uwzględniał tylko te dane, które były w styczności z wewnętrznem wydzielaniem a stąd nie mógł wciągać w obręb swych rozważań poglądów starszych nie liczących się jeszcze z inkretologją, choć wielu z nich przyznaje dużą wartość.

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 21. X. 1927.

Przewodniczy: Kol. Ziembicki.

Obecnych: 63.

I. Kol. Ratajski (Oddz. chir.) przedstawia a) przypadek operowany z powodu *wgłobienia jelitowo-kiszkowego,* b) *plastyki mięśnia deltoidowego.*

W dyskusji: Kol. Ostrowski T. pod a) podnosi, że w tych przypadkach stara się usunąć pętlę radykalnie. Zespolenie robi się tylko początkowo. Coecopexia nie wystarcza.

ad b) Kol. Węgłowski wątpi, by m. pectoralis mógł się ożywić; Kol. Rotfeld i Domaszewicz podnoszą możność stwierdzenia poprawy ruchomości kończyny przez drażnienie n. pachowych.

II. Kol. Rothfeld przedstawia chorego lat 40, u którego dnia 25. IX. 1927 r. wystąpiły nagle krótkotrwałe drgawki języka. Dnia następnego ponowne drgawki i znieczulenie (?) w lewej ręce o tyle, że nieczuł gdy się ręką prawą dotykał lewej. 30. IX. 1927 napad z utratą przytomności i wtedy lekarz stwierdził lewostronną hemiparesę z zaburzeniem czucia po tejże stronie, zaburzenia połykowe, senność i zwolnienie tętna. Badanie na klinice dnia 5. X. 1927 wykazuje: chory przytomny, hemiparesa lewostronna, przyczem ręka więcej zajęta niż noga, z dodatnim objawem Babińskiego po lewej. Tegoż dnia obserwowano u chorego parokrotnie kurcze kloniczne w zakresie mięśni twarzy ze skrętem głowy i oczu ku stronie lewej z utratą przytomności. Na dnie oka przekrwienie. W płynie mózgowo-rdzeniowym wzmożone ciśnienie, 25/3 limfocytów, 114/3 erytrocytów. Pandy i Nonne +, nieznaczne odbarwienie ze złotem koloidowym w lewej połowie. O. W. krwi i płynu ujemny. We krwi leukocytoza neutrochłonna (15200). Przebieg bez gorączki. Tętno wolne. 9. X. 1927 temperatura 38.3, stan komatyczny, czkawka, wymioty; 11. X: wśród objawów zapalenia płuc *exitus.*

Nagły początek choroby, Jackson języka, a potem napady epileptyczne, hemiplegia, przekrwienie dna oka, zwolnienie tętna przemawiają za sprawą nowotworową, umiejscowioną najprawdopodobniej w okolicy sfery motorycznej po prawej. Nagłe wystąpienie objawów możnaby tłumaczyć krwotokiem do tumoru. Sekcja wykazała otorbiony, stary ropień wielkości mandarynki, leżący między płatem czołowym, ciemieniowym i skroniowym, oraz drugi mały ropień wielkości dwugroszówki w samej korze mniej więcej w połowie zwoju centralnego.

Za życia nic nie przemawiało za ropniem. Ani wywiady, ani nagły początek, ani przebieg; przeciw obecności ropnia świadczył również brak pierwotnego ropienia w organiźmie, którego i na sekcji mimo dokładne poszukiwania nie można było wykazać. Jedynie leukocytoza mogła była wskazywać na sprawę ropną, jednak na tym jedynym objawie nie można było się oprzeć.

W dyskusji Kol. Nowicki zastanawia się nad pochodzeniem ropnia przedstawionego. Sekcja niewykazała źródła dla powstania tego ropnia: są więc dwie możliwości, ropień może być ropniem pochodzenia z krwi po jakiemś dawnem zakażeniu, może migdałkowem, lub pochodzenia urazowego. Ropnie o nieznanem pochodzeniu stanowią około 10% ropni mózgowych. Wiadomo, że ropień mózgu może powstać po urazie, który nieuszkodził powłok zewnętrznych czaszki, i to w czasie dłuższym po urazie doznanym. W danym przypadku ma się do czynienia z ropniem starym, w którym stwierdzono rozpadłe ciałka ropne i bardzo nieliczne ziarniaki Gramem dodatnie, w hodowli gronkowca. Eksperymenty wykazują, że mniejwięcej do 10 tygodni ropień mózgu ulega definitywnemu otorbieniu, tak, jak w przypadku przedstawionym. W przypadku tym istotnie niemożna na pewne powiedzieć, uraz, czy jakieś lekkie zakażenia, było wyjściem dla tego ropnia mózgu.

III. Kol. Nowicki pokazuje i omawia preparaty anatomiczne:

a) *serca z śluzakiem przedsionka lewego,* którego cząstka wytworzyła zator w tętnicy pośrodkowej mózgu po stronie prawej z następowem rozmiekczeniem torebki wewnetrznej i jąder podstawowych szarej substancji. Preparat pochodzi z zwłok mężczyzny l. 46, który przed niespełna 6 miesiącami miał nagle upaść w polu przy robocie, doznać silnego zawrotu głowy z następowem porażeniem połowiczem i utratą mowy. Po pewnym czasie objawy te ustąpiły: mniejwięcej na 3 tygodnie przed śmiercią wystąpiły u chorego nagle bóle w dołku podsercowym. W szpitalu stwierdzono niedowład po stronie prawej: w kilka dni po przyjęciu chorego wystąpił znowu atak, wśród którego nastąpiło porażenie lewostronne a w kilka dni później zejście śmiertelne. Jako bezpośrednią przyczynę śmierci wykazała sekcja zapalenie zrazikowe płuc: w przedsionku lewym stwierdzono guz uszypułowany, wychodzący z okolicy fałdu półksiężycowego przegrody międzykomorowej, wielkości ca 6×3, 5×2, 7 cm, o budowie, przypominającej nieco brodawczaka, o wyglądzie śluzakowatym, przeświecającym. Guz w pozycji stojącej chorego mógł się wciskać w ujście żylne lewe, i był ruchomy. Badanie drobnowidowe guza wykazało w nim obecność obfitego śluzu. Mowca podnosi rzadkość pojawiania się pierwotnych nowotworów serca, a tem bardziej niezwykłe powikłanie, jakiem jest zator z tkanki nowotworowej. Omawia sprawę rozpoznania klinicznego pierwotnych nowotworów serca, powołując się na uwagi, wypowiedziane swego czasu w Towarzystwie. W danym przypadku klinicznie rozpoznano krwiotok mózgowy, ze strony klinicznej badanie serca wykazało jedynie głośniejszy ton pierwszy i stłumione tony nad ujściami tętnic wielkich;

b) *wątrobę z przerzutowemi ropniami promieniczemi* z pierwotnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Preparat pochodzi z zwłok mężczyzny 24-letniego, u którego klinicznie stwierdzono promienicę powłok brzusznych. Sekcja wykazała typowe zmiany promienicze guzowate w okolicy kątnicy i następowe szerzenie się zaotrzewnowe procesu ku górze i ku dołowi w tkankę przypęcherzową z przebiciem do pęcherza. Ropa zawierała bardzo liczne typowe ziarna promienicze. Następnie przyszło do wytworzenia się przerzutowych ropni do wątroby, która przedstawia szereg guzowatości i kęp, wytworzonych z ropni bardzo małych. Mówca omawia promienicę jamy brzusznej, stwierdzaną w przeszło 30% promienicy wogóle: miejscem pierwotnego zakażenia jest stale wyrostek robaczkowy. Może on być nawet prawie niezmieniony. Przypomina przypadek sekcyjny promienicy wyrostka robaczkowego z przerzutami do wątroby i do mózgu.

IV. Kol. Stan. Ostrowski (odczyt) *„Stan zasobu zasad krwi u chorych kiłowych i z gruźlicą skóry wraz z badaniem wpływu układu wegetacyjnego".*

Autor wyszedł z założenia, że układ wegetacyjny bierze udział w przemianie materji a w szczególności w utrzymaniu równowagi kwaso-zasadowej. Dla poparcia tego przypuszczenia O. przeprowadził liczne badania na 10 chorych. Przytem udało mu się wykazać, że zapas zasad zachowuje się odmiennie w zależności od jadu wegetacyjnego drażniącego n. współczulny lub parasymp. wzgl. porażającego czynność ostatniego n. Okazało się też, że zapas zasad zachowuje się podobnie u szeregu osobników pod wpływem jednego jadu np. adrenaliny. W części 2-giej O. omawia badanie zapasu zasad 153 chorych kiłowych, dzieląc ich na grupy według okresu kiły, płci, wieku i t. p. Na podstawie uzyskanych wyników dochodzi on do wniosku, że kiła ani sama przez się, ani w okolicznościach usposabiających (wstrząs azotynowy) nie wpływa w swoim przebiegu na wielkość przesunięcia w objętości zapasu zasad. U 61 chorych z gruźlicą skóry zajmował się autor zachowaniem tego zapasu pod wpływem leczenia. Okazało się, że pod wpływem promieni pozafjołkowych (Finsen, l. Kromayera, l. Bacha) zapas zasad naogół podnosi się, w przerwach leczenia spada do objętości prawidłowej. Po powierzchownem naświetlaniu pr.

Roentg. zapas zasad spadł bezpośrednio po naświetlaniu, zaś w 2 godz. przesunął się ku alkalozie. Pod wpływem maści żrącej Unny — spotykał przeważnie lekkie przesunięcie zapasu zasad na prawo. O. zastanawiają małe stosunkowo różnice w tym zapasie, mimo przekonania o odmiennem zachowaniu się n. weget. w przebiegu wspomnianych schorzeń i mimo wpływu tego układu na stan równowagi kwaso-zasadowej. W rozumowaniu swojem dochodzi do wniosku, że kiła czy gruźlica daje tylko czynnościowe odchylenia w napięciu n. weg., który dopiero po organicznem upośledzeniu i stojących z nim w korrelacji gruczołów dokrewnych może sprowadzić zaburzenia w gospodarce chemicznej wzgl. węglowodanowej i dalszej, wtórnej kwaso-zasadowej.

Uwaga: (Nie drukowane w polskich pismach).

St. Ostrowski, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 2. XII. 1927 r.

1. Kol. Glazer przedstawia 2 chore ze szpitala Ś-go Aleksandra. 1) 45-letnia kobieta, dotknięta *przewlekłą pęcherzycą prawdziwą*, (powikłaną przez odmianę złuszczającą). Dotknięte są i błony śluzowe. Chora jest leczona już od kilku tygodni. Pęcherze, które tworzyły się bezustannie i w dużej ilości, powstają obecnie w ilości niewielkiej: znikają również i grube warstwy łusek żółtych. Widzimy również poprawę znaczną i na błonach śluzowych ust i gardzieli; chora jest w stanie spożywać obecnie pokarmy stałe. 2) 30 letnia kobieta, u której na tułowiu i kończynach znajdują się grudki, wielkości ziarna prosa i większe, barwy czerwonej, spoistości twardzej, postaci stożkowatej. Na wierzchołku grudki znajduje się łuseczka lub bryłka zrogowaciała. Bryłki są białe, suche, zawierają włos skręcony. Przy przesuwaniu dłonią po grudkach mamy wrażenie tarki. Grudki są odosobnione lub skupione i tworzą blaszki, pokryte naskórkiem zrogowaciałym. Na owłosionej głowie mamy zmiany w postaci łupieża. Rozpoznanie: *Liszaj czerwony kończasty*.

2. Kol. Marx przedstawia *przypadek ciąży zamacicznej:* płód 7-miesięczny, b. łatwo wymacywuje się przez wiotkie powłoki brzuszne. Macica płaska, powiększona, wygląda na 4 miesiąc ciąży i leży w dole brzucha przed płodem i cokolwiek pochylona na prawo. Pacjentka zamiejscowa; ma zgłosić się w grudniu r. b. do laparatomji.

3. Kol. Kryński szczegółowo omawia demonstrowany przypadek *choroby Recklinghausen'a*.

W dyskusji nad przedstawionym przypadkiem zabrała głos Kol. Selman-Szmuszkiewiczowa.

4. Kol. Garewicz wygłosił referat pod tytułem: *W sprawie najnowszej techniki zdjęć wierzchołków płucnych*.

Kol Garewicz opisuje opracowaną przez siebie technikę prześwietlań i zdjęć wierzchołków płucnych. Technika polega na następujące: Chory stoi tyłem do badającego. Prawą ręką uciska się brzuch chorego, zginając kadłub ku przodowi; lewą ręką zgina się ku przodowi kark. W tej pozycji każe się choremu odchylić głowę w tył, dotykając ciemieniem ekranu lub kliszy. Jeżeli chory nie rozumie rozkazu, należy pomóc sobie prawą ręką, przyczem lewą przytrzymuje tułów w nadanem położeniu. Szeregiem przezroczy Kol. Garewicz wykazuje różnicę rozchylenia i uwidocznienia wierzchołków w zdjęciu zwykłem oraz osiągniętem nową metodą.

W dyskusji nad opisaną metodą Kol. Keilson uważa, że zdjęcia specjalne szczytowe wogóle i zdjęcia w ustawieniu wskazanem przez prelegenta, mają na celu projekcję obojczyka ku dołowi; a więc część płuc, którą prelegent przy swojem ustawieniu nazywa wierzchołkiem, obejmuje i część podobojczykową. Należy o tem pamiętać, mając szczególnie na uwadze ogniska podobojczykowe, które nabierają większej wagi — jako ogniska początkowe suchot płucnych.

5. Kol. S. Neumark wygłosił odczyt pod tyt.: *W sprawie etjologji i patogenezy liszaju płaskiego czerwonego*, (praca ukaże się w druku).

6. Kol. Kryński demonstruje preparat drobnowidzowy guzka wyciętego *u chorego z chorobą Recklinghausena*.

Protokół posiedzenia z dnia 16. XI. 1927 r.

1. Kol. Neumark przedstawił 53-letniego mężczyznę *z grzybicą guzowatą (Mycosis fungoides)* w okresie erytrodermicznym i drobnoguzkowym. Cierpienie skóry jest umiejscowione na kończynach górnych i dolnych, na twarzy, na błonie śluzowej obydwu policzków oraz na prąciu. Bardzo silne i uporczywe swędzenie. Badanie morfologiczne krwi z dnia 2. XI. 1927 wykazało Hmgl. 75%, ciałek czerwonych 3,750.000, białych 13.800; z tych obojętnochłonnych 52%, kwasochłonnych 6%, zasadochłonnych 1%, limfocytów małych i dużych 29%, przejściowych i monocytów 3%. Cukru we krwi — 0,6%, cholesteryny w surowicy krwi — 110 mg% na czczo. Badanie moczu żadnych zmian patologicznych nie wykazało; zarówno zdjęcie rentgenologiczne obydwu kolan i podudzi poza mało charakterystycznym odwapnieniem w górnej części piszczeli żadnych zmian nie wykazało (Dr. Bemer). Badanie histologiczne skrawków wyciętych z ognisk nasiękowych i drobnoguzkowych wykazało obraz typowy dla grzybicy guzowatej.

2. Kol. B. Frenkiel przedstawił przypadek — ruchów zamiarowych o dużej amplitudzie prawej ręki i prawej nogi bez objawów cierpienia organicznego. Cierpienie trwa od 6 lat. Sprawa stale się pogarszała; chory przez cały czas pracuje; siła mięśni jest dobrze zachowana; przy ruchach zamiarowych chory silnie się męczy, wykonywa najróżniejsze nieskoordynowane ruchy; przy niewielkiej pomocy drugiej ręki wykonywa dobrze ruchy zamiarowe. Przy chęci postawienia kończyny dolnej prawej zaczynają się niezborne ruchy; to samo przy podnoszeniu tejże kończyny. Chory był badany przez szereg neurologów; rozpoznania ścisłego dotychczas nie ustalono.

3. Kol. Kryszek omawia w związku *z atypowym przebiegiem duru brzusznego* podczas obecnej epidemji, dwa przypadki. Pierwszy przypadek, spostrzegany na oddziale wewnętrznym Dra Sterlinga, przybył do szpitala fundacji małż. Poznańskich w czwartym tygodniu choroby z rozpoznaniem: *Lymphadenitis peribronchitis tbc*. Rozpoznanie opierało się na nieumotywanej gorączce i obrazie krwi w którym obok aneozynofilji i monocytozy, wynoszącej 7,4%, uderzało 46% limfocytów. Rozpoznanie szpitalne wahało się pomiędzy durem brzusznym, *mezoaortitis luica* i *endocarditis lenta*. Przeciwko durowi brzusznemu przemawiał brak wyraźnego odczynu Widala, brak śledziony, szybkie stosunkowo tętno. Za mezoaortytem kiłowym przemawiał dodatni odczyn Wassermanna we krwi (przy ujemnym odczynie w płynie mózgowo-rdzeniowym). Szmer skurczowy nad tętnicą główną, lekka akcentuacja nad II tonem tętnicy głównej, stosunkowo duża amplituda tętna; przeciw temu rozpoznaniu przemawiałoby ustąpienie ciepłoty bez leczenia swoistego. Wreszcie za zapaleniem wsierdzia, typu *endocarditis lenta* we wczesnym okresie przemawiały zmiany w sercu, (Haemogramy, limfocytoza, monocytoza) i odczyn Wasermanna przy negatywnej anamnezie; posiewy krwi dały odczyn ujemny.

Przypadek drugi dotyczył 22-letniej panny o bardzo wrażliwym układzie nerwowym. Poprzednio przez lat kilka stany podgorączkowe, przy dość długiem opadaniu krwi z powodu sprawy włóknistej w wierzchołku prawym. W przebiegu obecnej choroby w piątym dniu zachorowania objawy przemawiające, zdawałoby się, z całą pewnością za durem brzusznym: bóle głowy; charakterystyczny dla duru język; wysoka ciepłota, stopniowo podnosząca się; ogólny stan zamroczenia; w moczu — odczyn Weissa i diazo dodatnie, w hemogramie przy leukopenji, wynoszącej 3.200 brak eozynofilów przy względnej limfocytozie.

W dalszym przebiegu schorzenia gorączka ustąpiła, odczyn Widala i poszukiwania w kale ujemne; nie wystąpiła zwiększona śledziona; natomiast w siódmym dniu choroby żółtaczka o typie nieżytowym z trwającym stanem podgorączkowym i nasileniem objawów psychicznych. Prawdopodobieństwo bądź postaci poronnej duru, bądź zakażenia grypowego.

W dyskusji nad drugim przypadkiem omawianym Kol. Załęski zapytuje, czy był badany kał; czy dokonano hemokultury. Kol. Załęski widział podczas wojny na froncie Rumuńskim przypadki podobne, przypominające paratyphus C.; żółtaczki bywają przy durze brzusznym, a przy paratyphusach zdarzają się częściej. Kol. Gliksman jest zdania, że opinja o leukopenji przy durze powinna ulec zmianie, gdyż tylko w 20% bywa leukopenja, w 80% zaś hyperleukocytoza. — Kol. Sterling: Sprawa poruszona zasługuje na uwagę ze względu na to, że podczas epidemji obecnej widzimy szereg przypadków bez cech charakterystycznych. Przypomina, że dawniej pod badaniem krwi przy durze rozumiano posiew krwi, obecnie zadawalniają się zazwyczaj dokonaniem odczynu Widala; tymczasem odczyn ten przed 9 dniem nie występuje. Kasa Chorych dawniej dokonywała posiewu krwi przy pomocy specjalnych lekarzy; — obecnie lekarze kasowi posiewów krwi nie dokonują. Należy zwrócić się do Kasy Chorych z prośbą by wprowadzono na nowo badanie krwi na posiew. Laboratorjum miejskie jest przygotowane do badań tych, które niestety rzadko tylko są wykonywane. — Kol. Załęski: Sprawa rozpoznawania duru w Łodzi nie jest stosowana w sposób należyty. Widal w I tygodniu daje tylko 30% dodatnich wyników, a w II tylko 60% Widal nie jest próbą, która pozwala rozpoznać tyfus brzuszny wcześnie. Przy rozpoznawaniu tyfusu hemokultura jest nieodzowna

obok metody aglutynacyjnej, w pracowni miejskiej badania są robione bezpłatnie, posiewów dokonywa się jednakże rzadko. Szpital miejski przysyła do badania krew w ilości niedostatecznej w rurkach włoskowych; nie starczy jej na badanie na paratyfusy; należy sposób pobierania krwi w szpitalach zreformować; nie bedzie wtedy błędów rozpoznawczych, nie będzie przykrości dla chorych. — Kol. Frenkiel uważa, że niema swoistych tyfusowych zmian psychicznych: podczas tyfusu występują zespoły schizophrenji, albo stany podniecenia lub depresji, zależnie od usposobienia chorego osobnika. — Kol. Klozenberg widział kilka (3—4) psychoz przy tyfusie; zjawiają się zwykle przy nawrotach lub okresach końcowych, kończą się zazwyczaj dobrze.

4. Kol. Szyfman wygłosił odczyt pod tyt.: O stanach przedcukrzycowych. (Rzecz ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia seminaryjnego z dnia 23. XI. 1927 r.

1. Kol. Neumark przedstawił (przypadek): 14-letnią dziewczynkę z cierpieniem skóry datującym od 4-go roku życia. Na podstawie cech morfologicznych, obrazu histologicznego oraz ze względu na długotrwałość cierpienia 11 lat — stawia rozpoznanie cierpienia umiejscowionego wyłącznie na prawej dolnej kończynie. *Dermatosis lichenoides linearis.*

2. Kol. Sterling zreferował książkę Licka: Lekarz i jego powołanie, książkę, która w krótkim czasie wyszła w kilku wydaniach i wywołała wielkie zainteresowanie w Niemczech.

Protokół posiedzenia z dnia 7 grudnia 1927 r.

1. Kol. Neumark przedstawia 2 przypadki artropatji tabetycznej stawu kolanowego oraz rentgenogramy 3-ch przypadków tegoż cierpienia, jak zarówno zdjęcia fotograficzne z rentgenogramów 2-ch przypadków artropatji syringomyelicznej.

W okresie początkowym — artropatje tabetyczne zarówno klinicznie jak i rentgenologiczne mogą się niczem nie różnić od schorzeń stawowych na tle kiły późnej, jednakowoż ich dalszy przebieg oraz bezskuteczność leczenia swoistego dają możność pewnego różniczkowania pomiędzy temi odrębnemi objawami chorobowemi. Że patogeneza artropatji tabetycznych jest zupełnie odmienna od takowej przy Artro-lues tardiva — za tem świadczą schorzenia stawowe przy syringomelji, gdzie przecież kiła z wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków, nie odgrywa żadnej roli.

2. Kol. Banasz demonstruje chorego, lat 52, który leczył się u niego z powodu zwężenia całej przedniej i tylnej cewki. Chory prosił by mu usunąć jądra, ponieważ wytrysk nasienia powoduje b. silne bole. (Wielkie zwężenie cewki). Z obu stron podwiązane zostały i rezekowane 2—3 cm nasieniowodów z zachowaniem naczyń i nerwów. W 3—4 miesięcy po operacji chory, który poprzednio cierpiał na przygnębienie, brak łaknienia, niechęć do pracy — poczuł się, jak powiada, jak by nowonarodzony, pracuje z chęcią, utył, czuje się rzeźkim i młodym. Zewnętrzny wygląd zupełnie nie odpowiada wiekowi.

3. Kol. Kryszek przedstawia chorego A. W. lat 57 z dużym tętniakiem tętnicy wstępującej i zstępującej.

Chory od 2-ch lat uskarża się na duszność; potęgującą się przy wysiłkach, na ucisk w piersi i na wydzielanie krwawej plwociny. Z objawów tętniakowych u chorego występuje: tętno na lewej ręce mniej wypełnione niż na prawej; parcie krwi na lewej ręce 115/85 Hg, na prawej 125/85 Hg., tętniący guz w okolicy lewej podobojczykowej; rozszerzenie wstęgi naczyniowej dużego stopnia, tętnienie w jugulum, skrzywienie tchawicy na prawo; chrypa z powodu porażenia prawego nerwu zwrotowego; objaw Oliwer-Cadarelli; zaznaczony objaw Musseta, poprzednio, na podstawie zeznania rodziny, wybitny; tętniak jest tak wielkich rozmiarów, że lewa granica z przodu sięga linji pachowej przedniej; ku tyłowi zaś występuje stłumienie w przestrzeni kręgosłupowo-łopatkowej, powodując jednocześnie objawy niedodmy płuca. Nad rozszerzonem we wszystkich kierunkach sercem głuche tony; nad tętnicą główną nieznaczny szmer skurczowy i zaznaczony II ton.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na to, że przez 2 lata był traktowany, jako guz płuca. Z tem właśnie rozpoznaniem skierowany został do Sekcji do walki z Rakiem celem naświetlań radem. Kol. Kalisz ustalił w Sekcji rozpoznanie właściwe, stwierdzając jednocześnie dodatni odczyn Wassermanna we krwi. Po 6.0 neosalwarsanu i 10 zastrzyknięciach rtęci stan chorego poprawił się znacznie; duszność jest obecnie mniejsza; tętniący guz zmniejszył się. Zasługuje również na uwagę, że dwukrotnie dokonane prześwietlenia nie zdołały ustalić ściślejszego rozpoznania z powodu całkowitego zaciemnienia lewego płuca.

4. Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału nerwowego Dr. Frenkla dwa przypadki rodzinnej dystrofji mięśniowej postępującej (Dystrophia musculorum progressiva) postać juwenilną. Brat lat 45, w obrazie klinicznym, którego istnieje pozatem zajęcie mięśni języka, oraz jego przyrodnia siostra lat 22 z typowym zespołem klinicznym. Rodzeństwo to pochodzi z jednego ojca i 2-ch matek, podczas gdy dotychczas przeważa przypuszczenie, że chorobę dziedziczy się przez matkę.

5. Tenże Kol. Dynkiewicz przedstawia przypadek porażenia skrzyżowanego typu Jacksona z zanikiem prawej połowy języka z niedowładem ręki lewej. W przebiegu tego przypadku zasługuje na uwagę czasowe ustąpienie obrzęku lewej ręki po nakłuciu lędźwiowem. Etjologja tego przypadku nie jest pewna (możliwe *sclerosis multiplex*).

6. Kol. Br. Frenkiel wygłosił odczyt: *O Hyperwentylacji.* (Rzecz ukaże się w druku).

Kol. Załęski zwraca uwagę na to, że przy wstrząsie anafilaktycznym w celu zmiany chwiejności stanu koloidalnego krwi — wstrzykujemy rozczyn sody, a więc zwiększamy alkalozę. Dalej zapytuje, czy nie próbowano leczyć padaczki adrenaliną, która przerywa ataki dychawicy oskrzelowej.

Kol. Sterling zapytuje, czy mechanizm powstawania napadu padaczki jest jednakowy — przy padaczkach pochodzenia urazowego i nieurazowego: czy histerja jest wywołana również alkalozą krwi. — Kol. Kantor zapytuje, czy u jednego osobnika była stosowana hyperwentylacja kilkakrotnie i czy kolejność zmian bywała zawsze ta sama. — Kol. Goldenberg zapytuje, jaka jest technika hyperwentylacji. — Kol. Kryszek zapytuje jak obserwuje się u ludzi różnicę w objętości mózgu i jakie dawki adrenaliny były stosowane śródżylnie. — Kol. Siwiński zwraca uwagę, że metoda może mieć znaczenie dla orzecznictwa sądowego przy stwierdzaniu padaczki. Słabą stronę metody stanowi fakt, że nie we wszystkich przypadkach padaczki — hyperwentylacja wywołuje napad; materjał szpitalny składający się z zupełnie pewnych przypadków padaczki — nie zawsze dawał po hyperwentylacji napad. — Kol. Bornstein widzi sprzeczność w tem, że z jednej strony adrenalina przyczynia się do ujawnienia padaczki, z drugiej dla leczenia podaje się sole wapnia. — Kol. Neumark zapytuje, jak należy ocenić czynnik psychiczny przy powstawaniu padaczki; hyperwentylacja zdaniem Kol. Neumarka przyczynia się do wzmożenia napięcia w układzie parasympatycznym. — Kol. Gliksman zwraca uwagę na metodę podobną do hyperwentylacji mianowicie na stosowanie djety ketonowej. — Kol. Józef Kon podkreśla, że w padaczce istnieje stan nierównowagi zasadowej a nie taki czy inny stały stan przemiany materji i że to właśnie jest przyczyną, że wyniki badań często są sprzeczne.

Kol. Frenkiel kolegom zabierającym głos odpowiada:

Kol. Siwińskiemu: Metoda może mieć pewne znaczenie i dla orzecznictwa sądowego przy stwierdzaniu padaczki, ale nie może przyczynić się do orzekania o poczytalności. — Kol. Kantorowi: objawy wywołane przez hyperwentylację są przeważnie stereotypowe. — Kol. Kryszkowi: Foerster obserwował kilku trepanowanych chorych: do zastrzyknięć śródżylnych używał prelegent ½ mg adrenaliny. — Kol. Linieckiemu: U padaczkowych w okresach międzynapadowych stwierdza się we krwi i w płynie mózgowym hyperglikemję. — Kol. Gliksmanowi: niektórzy autorzy, opierając się na stwierdzonej przed atakami alkalozie — wprowadzali djety głodowe do leczenia padaczki. — Kol. Bornsteinowi: Zmniejszenie sie poziomu wapnia we krwi nie byłoby w sprzeczności ze stwierdzonym wpływem adrenaliny na ujawnienie padaczki, ponieważ ta ostatnia przesuwa zapewne jony wapniowe ze krwi do tkanek. — Kol. Sterlingowi: Padaczkę urazową należałoby rozumieć w ten sposób, że na ten sam mechanizm końcowy (kora i dalej) mogą działać zarówno wpływy mechaniczne — blizny, ciała obce — jak i wpływy endogenne, natury chemicznej i fizycznej; hyperwentylacja rzuca światło na komplikowanie padaczki przez objawy histeryczne — Kol. Neumarkowi: Czynnik psychiczny niewątpliwie może grać rolę przy wywoływaniu przez hyperwent. ataku padaczki, ale nie może on powodować ataku u niepadaczkowego, (tak jak wzruszenie wogóle może wywołać atak padaczki): należy przypuszczać, że wzruszenie działa wówczas za pośrednictwem układu współczulnego, powodując w ten sposób alkalozę; następnie hyperwentylacja istotnie przemawia za wzmożeniem napięcia układu nerwu błędnego bezpośrednio przed atakiem; dotychczasowe pojęcie o wzmożeniu napięcia nerwu sympatycznego nie znajduje w tem poparcia, zresztą należy pamiętać że u padaczkowych mamy bardzo zmienny stan cech fizycznych, soków tkankowych i krwi. — Kol. Załęskiemu: Lepkość krwi przed atakiem powiększa się; że ze stanem anafilaktycznym, jak np. astma należałoby porównywać stan chorego w czasie drgawek lub po nich, a wówczas mamy już w krwi acidozę, że zapomocą adrenaliny nie można przerwać ataku padaczki, że przy astmie adrenalina wywiera działanie nie przez zmiany we krwi, a działa na aparat końcowy symptomatycznie.

Protokół posiedzenia z dnia 21 grudnia 1927 r.

I. Kol. B. Frenkiel przedstawia dwu chorych lat 28 i lat 37, dotkniętych *polineurytem toksycznym*. Cierpienie to u obu chorych robotników z fabryki sztucznego jedwabiu powstało wskutek zatrucia chronicznego dwusiarczkiem węgla (CS_2). U nas mało znane zatrucie — dość często natomiast notowane w krajach zachodnich, gdzie w przemyśle kauczukowym, jedwabnym i w innych zdarzają się podobne przypadki. U jednego z przedstawionych chorych — należy podkreślić objawy psychiczne, które wystąpiły w pierwszym okresie zatrucia.

II. Kol. Neumark przedstawia przypadek: *Pityriasis lichenoides chronica cum Leucoderma* u 55 letniej kobiety. Cierpienie skóry datuje od 9 lat. Badanie morfologiczne krwi z d. 30. XI. 27 wykazało: Hmgl. 77%, krwinek cz. 3,650.000, ciałek białych 6.600, z tych obojętnochłonnych 52%, kwasochłonnych 2%, limfocytów małych i dużych 46%. Powtórne badanie z d. 20. 12. wykazało: Hmgl. 80%, krwinek 3,420.000, ciałek białych 9.400, z tego obojętnochłonnych 54%, kwasochłonnych 2%, zasadochłonnych 1%, limfocytów 40%, przejściowych 3%. Cholesteryny w surowicy krwi naczczo 245 mg%. Cukru we krwi naczczo 0.65%; po podaniu 25 gramów glukozy doustnie — cukru we krwi po pół godzinie 1.54‰, po godzinie 1.54‰, po 2 godzinach 1.21%, a więc krzywa przedcukrzycowa przy niskim poziomie cukru we krwi naczczo. Oprócz tego należy w tym przypadku zaznaczyć Hipercholesterynemję oraz limfocytozę. Po stosowaniu insuliny nastąpiła po początkowej poprawie świeża erupcja wykwitów plamisto-grudkowych.

III. Kol. Załęski wygłosił odczyt: *Metody amerykańskie rozpoznawania i leczenia gorączki siennej i dychawicy oskrzelowej (według odczytów prof. Coca)*.

W Ameryce przy niektórych szpitalach istnieją oddziały t. zw. „immunologji stosowanej", w których między innymi działami medycyny,ześrodkowano badania nad patogenezą i leczeniem stanów nadwrażliwości. Prof. Coca, jeden ze specjalistów w tej dziedzinie, przybył do Europy w celu spopularyzowania stosowanej w Ameryce metody i zachęcenia europejskich lekarzy do jej wypróbowania.

Bawiąc w Warszawie prof. Coca wypowiedział parę odczytów i urządził dziesięciodniowy kurs praktycznego stosowania sposobów rozpoznawania i leczenia stanów nadwrażliwości, specjalnie w gorączce siennej i dychawicy oskrzelowej.

Po przypomnieniu istoty stanów nadwrażliwości, wywołanej doświadczalnie u zwierząt i spotykanej w stanach chorobliwych u ludzi, prelegent zaznajamia słuchaczy z patogenezą dychawicy oskrzelowej i gorączki siennej tak, jak je rozumieją w Europie. Następnie przechodzi do określenia różnic, jakie panują w pojmowaniu stanów nadwrażliwości w Europie i Ameryce.

Prof. Coca nazywa anafilaksją jedynie stany nadwrażliwości, wywołane doświadczalnie u zwierząt. Uważa on, że ciało białkowe działa tu, jako antygen, powodując w zetknięciu się z płynami ustroju tworzenie się odpowiednich przeciwciał. Przy powtórnem zetknięciu się tegoż antygenu z odpowiedniemi przeciwciałami tworzy się nowe ciało, które działa na wrażliwe tkanki u różnych zwierząt różnie.

Te tylko właściwości nadwrażliwości sztucznej Coca nazywa anafilaksją i uważa, że anafilaktyczne przeciwciała są zawsze ciałami przeciwbiałkowemi.

Postacie ludzkiej nadwrażliwości w takich chorobach, jak dychawica oskrzelowa i gorączka sienna należą według Coca do grupy innej nadwrażliwości, niż nadwrażliwość anafilaktyczna u zwierząt doświadczalnych. Dla odróżnienia od anafilaksji doświadczalnej nazywa on tę nadwrażliwość „Atopją", co oznacza, chorobę dziwną, niezrozumiałą.

Atopji nie można wywołać tak jak anafilaksji u każdego człowieka. Ta postać nadwrażliwości dziedziczy się i może być wywołana tylko u osobników dziedzicznie obciążonych. U zupełnie zdrowego człowieka niepodobna jej wywołać nawet doświadczalnie. Jedynie skóra zdrowych posiada właściwość uczulania się reaginami atopowemi. Wówczas reaguje ona na wprowadzenie doskórnie odpowiednich antygenów odczynem miejscowym.

Jednakże jak przy nadwrażliwości anafilaktycznej, tak i przy nadwrażliwości atopowej udaje się usunąć nadwrażliwość ostrożnem uodpornianiem ustroju systematycznem wprowadzaniem do ustroju bardzo małych dawek odpowiedniego antygenu i na tem oparty jest amerykański sposób leczenia stanów nadwrażliwości takich, jak n. p. gorączki siennej i dychawicy oskrzelowej.

Dla uskutecznienia tego leczenia w Ameryce stosują uodpornianie chorych na wyżej wymienione choroby za pomocą odpowiednich wyciągów z ciał uczulających. Jedni stosują wyciągi suche, inni, jak n. p. Prof. Coca, wyciągi płynne.

Wyciągi te służą jak do celów rozpoznawczych, tak i do celów leczniczych.

Jeżeli przy wykonywaniu próby rozpoznawczej natrafiono na antygen, który powoduje stan atopowy, to i przy próbie doskórnej i przy próbie naskórnej występuje odczyn miejscowy, polegający na utworzeniu się w miejscu działania antygenu obrzęku, bombla pokrzywkowego, otoczonego czerwoną obwódką. Dla uznania odczynu za dodatni bombel powinien być nie mniejszy jak ³/₄ cm i od obrzęku winne iść wyrostki, nadające kształt amoeby.

Gdy rozpoznanie zostało ustalone i uczulający antygen został wykryty, wówczas rozpoczynają leczenie przez podskórne wprowadzanie do ustroju bardzo małych ilości rozpuszczonego odpowiedniego antygenu.

Przy podskórnych zastrzykiwaniach wyciągów antygenów mogą występować tak zwane odczyny konstytucjonalne, polegające n. p. przy dychawicy oskrzelowej na wystąpieniu bardzo ciężkiego, nieraz śmiertelnego napadu dychawicy. Dla przerwania tego odczynu należy zastrzyknąć podskórnie od 0.2 do 2.0 cm sz. roztworu adrenaliny. Roztwór adrenaliny lekarz zawsze winien mieć w pogotowiu.

Takie swoiste leczenie gorączki siennej daje dobre wyniki: do 90% znacznych polepszeń i zupełnych wyzdrowień. Przy dychawicy oskrzelowej wyniki leczenia są znacznie gorsze dając wyleczenia do 15—25%.

O ile przy gorączce siennej i dychawicy oskrzelowej nie udało się wykryć ciała uczulającego i nie można zastosować swoistego leczenia, to amerykanie stosują leczenie nieswoiste, przez zastrzykiwanie szczepionki przyrządzonej z drobnoustroji nieżytotwórczych dróg oddechowych, zawierających w 1 cm sz. 6-ciu miljardów drobnoustroji. Szczepionki takie są obecnie przyrządzone przez Państw. Zakład Higjeny.

IV. Kol. Sterling wygłosił odczyt po tyt.: *Stan nauki o jamach płucnych gruźliczych*.

Treść: Jamy powstają po rozpadzie tkanki płucnej. Dlatego wolno właściwie mówić o obecności jamy w płucu, jeśli w plwocinach są wykrywane laseczniki Kocha i włókna sprężyste. Jama nie zawsze jest otoczona tkanką zbitą; przykład: jama o ściankach miękkich. Jama nie zawsze jest właściwa dalekiemu okresowi rozwoju ogniska gruźliczego; przykład: jamy właściwe wczesnemu okresowi rozwoju ogniska gruźliczego. Powstanie jamy zależy od warunków immuno-biologicznych, gojenie się zależy od tych warunków i od warunków mechanicznych. Poznanie tkanki z jakiej pochodzi jama, pozwala na wnioski rokownicze i lecznicze. Typy jam okresu pierwszorzędowego, okresu drugorzędowego wczesnego, okresu drugorzędowego późnego, okresu trzeciorzędowego. Te ostatnie były dotąd mylnie uważane za przedstawicieli wszelkich jam gruźliczych w płucach. Możność gojenia się jam, mniejszych aniżeli wiśnia. Umiejscowienie się jam. Szczególne własności jam powstających na tle nacieczenia typu Assmanowskiego. Tuberkulizacja starych ognisk płucnych — niegruźliczych i tworzenie się jam. Jama nie jest tylko skutkiem gruźlicy; w równym stopniu jest jej przyczyną.

Sekretarz: *A. Tenenbaum*.

SPRAWOZDANIE

z działalności Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego i Łuckiego Obwodu Związku Lekarzy Państwa Polskiego za rok 1927.

W dniu 31 grudnia 1927 r. Łuckie Towarzystwo Lekarskie i Łucki Obwód Z. L. P. P. zakończyły 8-my rok swej pracy i działalności.

Na początku roku sprawozdawczego Łuckie T-wo Lekarskie liczyło 32 członków, w tej liczbie 1-go członka - korespondenta, a Łucki Obwód Z. L. P. P. 26 członków.

W ciągu roku sprawozdawczego zostali przyjęci do Towarzystwa Lekarskiego: Dr. Huskowska Wanda, Dr. Jewdokimowa Łucja i Dr. Szląskiewicz Władysław.

Ubyło 3 członków: zmarł Dr. Izdebski Marjan, wyjechali i wypisali się z T-wa Dr. Tumiński Aleksander i Dr. Ziembiński Eugenjusz.

Na 1 stycznia 1928 r. Łuckie T-wo Lekarskie liczy 33 członków, a Łucki Obwód Z. L. P. P. — 28 członków. Zgłosili swe wystąpienie ze Związku: Dr. Tumiński i Dr. Ziembiński, umarł Dr. Izdebski, — zapisali się do Związku Dr. Szląskiewicz, Dr. Huskowska, Dr. Jewdokimowa, Dr. Ptic i Dr. Olszewski.

W skład Prezydjum Towarzystwa Lekarskiego i Zarządu Obwodu wchodzili: Dr. F. Miłaszewski, prezes. — Dr. J. Mininzon, wiceprezes. — Dr. A. Wojnicz, sekretarz stały. — Dr. B. Bejlin skarbnik. — Dr. L. Radwański, sekretarz doroczny T-wa. — Dr. W. Lipiński, sekretarz doroczny Związku i Dr. J. Drewnowski, bibljotekarz.

Komisję rewizyjną stanowili: Dr. Biskupski, Dr. Ranc i Dr. Pemow. Dział redakcyjny prac naukowych poruczono kolegom: A. Wojniczowi i L. Radwańskiemu, a opiekę nad muzeum anatomopatologicznem kol. J. Mininzonowi i Olszewskiemu.

Delegatem do Urzędu Skarbowego z ramienia Związku był Dr. E. Rychliński.

Cała praca biurowa T-wa i Związku była wykonywana przez p. Murę Dąbrowską.

Posiedzenia T-wa Lekarskiego i Związku odbywały się w lokalu własnym przy ul. Sienkiewicza 13 w piątki po 1-ym i 15-ym każdego miesiąca, z wyjątkiem 4 miesięcy letnich, kiedy posiedzenia zwoływano raz na miesiąc.

Posiedzeń odbyło się 20, w tem jedno doroczne. Na posiedzeniach bywało przeciętnie 17 członków. W charakterze gości na posiedzeniach uczestniczyli: w dn. 18 lutego Dr. Kramsztyk z Warszawy, w dn. 1 lipca Dr. Hoffman por. lek., w dn. 21 października pp. Bodnarczuk i Petrykowski — jako przedstawiciele Sejmiku Łuckiego.

Prezydjum Towarzystwa odbywało posiedzenia w miarę potrzeby. Na 10 posiedzeniach Zarządu Związku były rozpatrywane i załatwiane sprawy wynikłe na tle stosunków lokalnych i życia społeczno - związkowego.

Do Sekretarjatu w roku sprawozdawczym wpłynęło 159 pism, Sekretarjat wysłał 205 pism i 690 zawiadomień o posiedzeniach i zebraniach.

Organem Towarzystwa Lekarskiego była Polska Gazeta Lekarska. Do bibljoteki zaprenumerowanych było 18 czasopism: Warszawskie T-wo Lekarskie przysłało gratisowo Roczniki Gazety Lekarskiej od 1881 — 1927 r. — 20 tomów i odczyty kliniczne Nr. 6 — 269, razem 220 zeszytów. Na dzień 31 grudnia 1927 r. bibljoteka posiada: książek i broszur 65, roczników i czasopism razem 427.

Muzeum anatomo-patologicznemu poświęcono w roku sprawozdawczym specjalną uwagę w celu uporządkowania, utrwalenia i skatalogowania preparatów.

W roku sprawozdawczym następujący koledzy zgłosili referaty, pokazy, sprawozdania i t. p.

1) Kol. Abramski: Pokaz chorej na promienicę szyi.

2) Kol. Bejlin: Sprawozdanie z VIII walnego zebrania Z. L. P. P. w Warszawie.

3) Kol. Drewnowski: Przedstawił dane statystyczne dotyczące chorób zakaźnych w Łucku w r. 1925 i 1926.

4) Kol. Kłubaszewski: Pokaz chorego po dokonanej operacji raka wargi.

5) Kol. Kramsztyk (z Warszawy) referat: Współczesny stan nauki o środkach odżywczych.

6) Kol. Kowalski: Pokaz chorego cierpiącego na tężec.

7) Kol. Miłaszewski: Sprawozdanie z posiedzenia Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej w dn. 16. I. r. b. — Pokaz uzdrowieńca po przebytem zapaleniu osierdzia *(peric. acut. exudat.)*. — Omawia ciężki przypadek plamicy Werlhoffa u 13-to letniego chłopca. — Sprawozdanie ze Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Warszawie w dn. 20. V. r. b. — Omawia przypadek torbieli jajnika.

8) Kol. Mininzon: Omawia przypadek doszczętnej operacji dokonanej według sposobu Wertheima - Bumma u chorej na *carcin. port. vagin. et cerv. uteri.* — Referat: Konstytucjonalizm w ginekologji. — Pokazuje bezpłodną kobietę, chorą na laktację. — Kazuistyczne przypadki: a) niemowlę z dwoma przepuklinami pachwinowemi i otwartym pęcherzem mocz., b) preparat macicy dotkniętej rakiem trzonu, c) dwa przypadki izolowanego złamania kości dłoni (metacarpi III), d) fotografja kobiety cierpiącej na mięsak szczęki górnej. — Pokaz chorej po operacji części pochwiowej macicy. — Pokaz preparatu macicy ciężarnej (5 m.) razem z jajem płodowem usuniętej z powodu raka szyjki.

9) Kol. Olszewski: Referat: Lasecznik tężca i O zapobiegawczem szczepieniu przeciwgruźliczem zapomocą szczepionki B. C. G.

10) Kol. Ptic: Referat: Rzadkie przypadki wad rozwojowych przedramienia i kiści ręki (z pokazem zdjęć rentgenologicz.). — Sprawozdanie ze Zjazdu Rentgenologów w Warszawie w dniu 27. XI. r. b. — Pokaz zdjęć rentgenologicznych: a) złamanie szyjki biodrowej bez dyslokacji, b) lewostronną kawernę płucną, c) lewostronną Hejgmoritis. — Pokaz zdjęć: a) czaszki z uszkodzeniem laminae externae prawej kości skroniowej, c) osteomyelitis podudzia. — Pokaz zdjęć: a) Fractura Fibulae, b) nerkę, zawierającą kamień wielkości orzecha laskowego, c) opuszczoną okrężnicę, d) stenosis pylori.

10) Kol. Ptic i Mininzon: Pokazy zdjęć: a) złamanie kości promieniowej, b) zwichnięcie w stawie łokciowym oraz zesztywnienie spowodowane złogami soli, c) guz podszczękowy.

11) Kol. Wojnicz: Referat: Odżywianie według prof. Karaffy - Korbutta. — Omawia przypadek usunięcia kuli, którą chory był raniony podczas wojny wszechświatowej. — Referat: Ciała obce w przełyku. — Pokaz kamieni z części sterczowej cewki moczowej, usuniętych przez cięcie nadłonowe. — Sprawozdanie z Sesji Sądu Izby Lekarskiej Lubelskiej w dniu 24. V. r. b. — Pokaz preparatu torbieli typu paraovarialnego. — Referat: O ropnem zapaleniu kości. — Referat: Podwiązywanie głównej tętnicy szyi. —

12) Kol. Żytyński: Referat: O odżywianiu niemowląt naturalnem i sztucznem z uwzględnieniem systemu Pirquet'a.

Zainicjowana przez Kol. Wojnicza sprawa zwołania Zjazdu Lekarzy Kresowych Województw Wschodnich przyobleka się w formy realne. Po uprzedniem porozumieniu się, T-wo Lekarskie zorganizowało Zjazd Delegatów poszczególnych województw. Zjazd w dniu 27 lutego 1927 r. wyłonił Komitet, który ujął w swe ręce dalszą pracę przygotowawczą i organizacyjną.

W dniu 12 lipca przedstawiciele T-wa Lekarskiego w osobach kol. Miłaszewskiego, Mininzona i Bejlina odbyli wspólnie z Magistratem m. Łucka dłuższą konferencję w kwestji zorganizowania i otwarcia miejskiego szpitala zakaźnego. W wyniku i uzupełnienia konferencji był przesłany Magistratowi szereg wniosków co do lokalu, urządzenia i zorganizowania pracy lekarskiej.

W dniu 21 października na posiedzeniu T-wa Lekarskiego w obecności zaproszonych przedstawicieli Sejmiku Łuckiego była szeroko omawiana zainicjowana przez Sejmik sprawa budowy szpitala powszechnego w Łucku. Główne wytyczne dotyczące ilości łóżek, oddziałów szpitalnych, urządzeń pomocniczych i instalacyj, jak również i planu budowy winny były być przyjęte jako podstawy do planowania i sporządzenia kosztorysu.

W lecie roku sprawozdawczego Zarząd Wołyńskiego Okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża w Łucku zwrócił się do T-wa Lekarskiego z prośbą zorganizowania wykładów dla sióstr pielęgniarek Czerw. Krzyża czasu wojennego. Zadość czyniąc prośbie, T-wo Lekarskie wyłoniło komplet wykładowców i na jesieni został otwarty kurs pod kierownictwem Dra Huskowskiej. W roli wykładowców przyjęli udział koledzy: Biskupski, mjr. lek., Cecenicwski, Habich, Miłaszewski, Mininzon, Rafałowski, Olszewski, Wojnicz i Szaniawski. W szpitalach kierowali praktycznemi zajęciami koledzy: Kubaszewski i Pemow.

Jak w latach poprzednich wszystkie odezwy o charakterze kulturalno-społecznym, skierowywane do Towarzystwa znajdywały oddźwięk i posłuch wśród członków Towarzystwa, a prośby o poparcie i pomoc były w miarę możności załatwiane przychylnie. Pozatem T-wo Lekarskie w osobach swych przedstawicieli i delegatów przyjmowało chętnie udział we wszystkich uroczystościach państwowych, czy też lokalnych.

Składając powyższe sprawozdanie Zarząd uważa za swój obowiązek zaznaczyć, dodatni przejaw narastania czytelnictwa i pracy naukowej wśród kolegów, jak również dyscyplinowanego stanowiska członków we wszystkich sprawach organizacji lekarskiej. Te charakterystyczne rysy są wyrazem prawidłowo obranej drogi, którąśmy kroczyli dotąd i wskaźnikiem, że i w przyszłości nie zbaczając na manowce pójdziemy szerokim, jasnym gościńcem posłannictwa lekarza w najszlachetniejszym tego słowa znaczeniu.

Prezes: (—) *Dr. Miklaszewski.*
Sekretarz T-wa: (—) *Dr. Radwanski.*
Sekretarz Związku: (—) *Dr. Lipiński.*

Oddział Warsz. Polskiego Towarzystwa anatomo - zoologicznego.

Protokół posiedzenia z dnia 15 listopada 1927 r.

Obecnych osób 31.

Przewodniczy prof. J. Tur.

1. Po przyjęciu protokołu z posiedzenia poprzedniego Dr. L. Dzwonkowski przedstawił przypadek nieznanej odmiany fałdu otrzewnej. Prelegent pokazał zdjęcie fotograficzne omawianego przypadku. Fałd otrzewnowy przebiegał ponad fałdem pępkowym bocznym *(plica umbilicalis lateralis)* poprzecznie do jego przebiegu. Fałd był utworzony przez dwie blaszki otrzewnej przedzielone luźną tkanką łączną w której znajdowała się tętnica pęcherza moczowego górna, odbiegająca w tym przypadku od tętnicy pępkowej i łącząca się z tętnicą nadbrzuszną dolną.

2. Prof. E. Loth przedstawił rysunki kręgów szyjnych Myrmecophaga jubata z otworem poprzecznym dwudzielnym.

3. Dr. J. Grzybowski pokazał przypadek niedorozwoju opuszek węchowych u dziecka. Opuszki węchowe zajmowały tylko 1/3 część blaszki sitowej przyczem nerwy węchowe wyraźnie przebiegały w jamie czaszkowej.

4. Kol. A. Trojanowski zademonstrował rzadki przypadek odmiany naczyniowej: tętnica poprzeczna łopatki odbiegała od tętnicy sutkowej wewnętrznej. Prelegent omówił przytem pokrótce inne odmiany tętnicy poprzecznej łopatki.

5. P. Elkind pokazała samca Carausius morosus. Pokaz wzbudził zainteresowanie, gdyż samiec tego rodzaju spotyka się niezwykle rzadko.

W dyskusji prof. Baehr zaznaczył, że samiec Carausius morosus prawdopodobnie nie jest zdolny do zapładniania.

6. Dr. J. Jarocki wygłosił odczyt o budowie nowego rzadkiego wymoczka z rodzaju Hastatella z grupy Peritricha.

W dyskusji zabierali głos: prof. K. Janicki, Dr. Słonimski i Doc. J. Zweibaum.

Protokół posiedzenia z dnia 25 stycznia 1928 r.

Obecnych osób 44.

Przewodniczący prof. J. Tur.

1. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z posiedzenia poprzedniego, przewodniczący odczytał odezwę Ligi Ochrony przyrody wzywającą do zapisywania się na członków Ligi.

2. Prof. E. Loth pokazał zebraniu portret Franc. Brandta — pierwszego anatoma warszawskiego z r. 1809, poczem zademonstrował wykopaliska z pleistocenu mylnie określone przez p. Sawickiego jako szczątki stopy ludzkiej.

W dyskusji nad wykopaliskiem przemawiał prof. Tur

Prof. E. Loth wygłosił referat: „O otworach w wyrostkach poprzecznych kręgów piersiowych u niektórych wielorybowatych", przyczem jakgdyby na potwierdzenie teorji, że otwory wyrostków poprzecznych nie są formowane przez szczątkowe żebra, lecz są kanałami naczyniowemi (żylnemi) autor zademonstrował rysunki 10 kręgu piersiowego u Physeter macrocephalus 6 i 7 kr. piersiowego u dwóch osobników Hyperoodon rostratus. Otwory w tych kręgach piersiowych najzupełniej przypominają otwory wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych.

4. Następnie prelegent wygłosił drugi referat: „O żebrach szyjnych u wielorybowatych". Autor demonstruje 7 przypadków żeber szyjnych zaobserwowanych u Balaenoptera borealis (3 przyp.). Monodon monoceros, Rachianectes glaucus i Sotalia gyanensis i przychodzi do przekonania, że odmiana ta spotykana u ludzi zaledwie w 2% przypadków jest o wiele częstsza u wielorybowatych.

Głos w dyskusji nad obu referatami zabierali: Dr. W. Szaniawski, prof. Tur, Dr. Słonimski i Dr. Dehnel.

5. R. Poplewski wygłosił referat: „O istotnem zakończeniu mięśnia czworobocznego wargi górnej". Wbrew dotychczasowym poglądom (Henke, H. Virchow, Eisler) uważającym okolicę bróździy łukowatej (sulcus nasolabialis) za miejsce zakończenia omawianego mięśnia, autor na podstawie badań histologicznych oraz dysekcyjnych doszedł do wniosku, iż kończy się on wzdłuż wąskiego pasma skórnego, ciągnącego 2—3 mm powyżej czerwieni wargowej i do niej równolegle. Miejsce przyczepu tworzy niekiedy, charakterystyczna bróździę w powłokach skórnych t. zw. szlak. Powyższe pozwala autorowi wyróżnić na terenie wargi górnej trzy obszary, ciekawe pod względem prozopologicznym: rąbek, czyli wąski pas nieowłosiony, ciągnący równolegle do czerwieni, pas objęty zarostem i wreszcie pole przyskrzydełkowe — obszar przytykający do bróździy łukowatej, a podobnie jak rąbek, również nieowłosiony.

W dyskusji zabierali głos: prof. Tur oraz prof. E. Loth.

Po zakończeniu referatów naukowych Doc. Zweibaum podzielił się wrażeniami z 3-go Zjazdu rosyjskiego zoologów, histologów i anatomów, przyczem autor opisał przebieg naukowy zjazdu, poczem Dr. P. Słonimski przedstawił zebranym stan instytucji naukowych w Leningradzie.

W dyskusji zabierali głos: prof. Kryński i prof. Tur.

Sekretarz: (—) *J. Grzybowski.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. HENRYK ZAWISTOWSKI.

Dnia 9 kwietnia b. r. zmarł w Warszawie po ciężkiej chorobie, której nabył się u łoża chorego, adjunkt II kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawskiego dr. Henryk Zawistowski. Urodzony w r. 1888 ś. p. Zawistowski po ukończeniu w r. 1907 gimnazjum imienia Chrzanowskiego w Warszawie wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Gruźlica płuc, na którą zapadł już na pierwszym roku studjów, spowodowała znaczne przedłużenie studjów medycznych, połączone z wędrówką z jednego Uniwersytetu do drugiego (Charków, Kijów, wreszcie Kraków) i z wielokrotnemi rocznemi przerwami dla leczenia w Zakopanem. Lecząc się tu, jednocześnie pracował od 1916 do 1920 w sanatorjum dla chorych piersiowych im. Dłuskich w Zakopanem. W czasie wojny polsko-bolszewickiej pracował jako lekarz w szpitalu wojskowym w Warszawie, a po jej ukończeniu do roku 1926 w Krakowskiej Klinice chorób wewnętrznych prof. dra W. Orłowskiego w charakterze asystenta kliniki, od roku zaś 1926 w klinice chorób wewn. Uniw. Warsz. początkowo w szpitalu św. Ducha jako asystent a od marca 1927 jako jej adjunkt, wreszcie, od listopada 1927 r. aż do śmierci w II klinice chorób wewn. tegoż Uniwersytetu pod kierownictwem prof. dr. W. Orłowskiego również jako adjunkt. Ogłosił drukiem następujące prace naukowe: 1) Insulina jako środek leczniczy w cukrzycy. Polska Gazeta Lekarska 1924, Nr. 12—15, 2) Przebieg i wyniki leczenia sztuczną odmą 120 przypadków gruźlicy płuc. Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 43, 3) Berichte aus dem ersten allgemeinem polnischen Tuberculosekongress in Krakau im Jahre 1925. Berlin 1925. 4) Z dziedziny kapilaroskopji: część I. Współczesny stan kapilaroskopji, część II: Badania kapilaroskopowe w gruźlicy płuc. Gruźlica, 1928 r. Innych rozpoczętych prac Zmarły nie zdążył już, niestety, wykończyć; w tej liczbie i monografji o leczeniu gruźlicy, którą najbardziej się interesował. Ś. p. Zawistowski był typem skromnego, sumiennego pracownika naukowego, oddanego swoim obowiązkom do zaparcia się samego siebie. Cechowało go gorące umiłowanie kliniki i zawodu lekarskiego, oraz godna naśladowania troskliwość u łoża chorych, dla których był istotnym przyjacielem. Posiadając duże doświadczenie kliniczne, bardzo chętnie dzielił się niem z kolegami i brał czynny udział jako wykładowca na kursach dokształcających dla lekarzy przy Uniw. Jagiellońskim i Warszawskim oraz przy Związku Przeciwgruźliczym w Warszawie. Kryształowo czysty, ujmujący w obejściu, jakkolwiek stanowczy, gdy chodziło o dobro kliniki lub chorego, cieszył się ogromną sympatją i miłością kolegów i chorych. Cześć Jego świetlanej pamięci!

Prof. Dr. Witold Orłowski (Warszawa.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

Okrąg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Dnia 22. IV. b. r. odbyło się w Poliklinice we Lwowie Walne Zebranie Okręgu Lwowskiego z następującym porządkiem obrad: 1) Sprawozdanie ustępującego Zarządu, 2) Sprawozdanie Komisji rewizyjnej, 3) Wybór nowego Zarządu, Członków Komisji rewizyjnej oraz Delegatów do Zarządu Głównego, 4) Wolne wnioski i interpelacje. Do Zarządu wybrano: Dr. Dauma, Demianowskiego, Eplera, Frankego, Marciniaka, Moszkowicza, Nowickiego, Pohoreckiego, Ruffa, Salpetera, Zgórskiego oraz Delegatów desygnowanych przez Obwody, do Komisji Rewizyjnej Dr.: T. Ostrowskiego, St. Ostrowskiego i A. Wolfa, w charakterze Delegatów Okręgu do Zarządu Głównego w Warszawie: Dr.: Dauma i Frankego.

Poznań.

Dnia 13 kwietnia 1928 r. (w piątek) odbyło się w Klinice Chorób Skórnych (Szpital Miejski) wieczorem o godz. 8.15 Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk z następującym porządkiem obrad: 1. Zagajenie. 2. Pokazy. 3. Dr. Bajoński: Stosunek nadżerek części pochwowej macicy do raka. 4. Prof. Karwowski: a) Sprawa Sanatorjum dla gruźlików Okr. Zw. Kas Chorych w Ludwikowie, b) Wszechsłowiański Zjazd Lekarzy w Pradze, c) Czytelnia czasopism lekarskich, d) Sprawy bieżące. 6. Wolne głosy.

Z kraju.

Kurs dokształcający dla lekarzy w Ciechocinku. Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłem porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska oraz Gminą i Stowarzyszeniem Właścicieli Nieruchomości w Ciechocinku, po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje, wzorem wielu zdrojowisk obcych, trzydniowe Kursy dokształcające dla Lekarzy w dniach 2, 3 i 4 września r. b. Komitet organizacyjny dążąc do postawienia Kursów na wysokim poziomie zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: prof. dra A. Czyżewicza (Warszawa), dra E. Flataua (Warszawa), prof. dra P. Gantkowskiego (Poznań), prof. dra A. Glucińskiego (Warsza-

wa), doc. dra Z. Grudzińskiego (Warszawa), prof. dra A. Jurasza (Poznań), dra A. Landaua (Warszawa), doc. dra W. Łapińskiego (Warszawa), prof. dra M. Michałowicza (Warszawa), prof. dra Modrakowskiego (Warszawa), prof. dra W. Orłowskiego (Warszawa), prof. dra Orzechowskiego (Warszawa), prof. dra A. Rosnera (Kraków), doc. dra A. Sabatowskiego (Lwów), prof. dra B. Sawickiego (Warszawa), prof. dra E. Żebrowskiego (Warszawa). Większość wymienionych prelegentów przyrzekła już swój współudział w Kursach. Uczestnicy Kursów mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku; nadto poczynione są starania w Ministerstwie komunikacji o przyznanie ulg kolejowych t. zw. kuracyjnych dla lekarzy udających sie na Kursy. Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania Kursów. Dokładny program Kursów ogłoszony bedzie we właściwym czasie.

XIII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich. (Komunikat Nr. 1). W myśl uchwały, powziętej na XII. Zjeździe w r. 1925, następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Wilnie w r. 1929. Do Prezydjum Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Delegacja Stała powołała z szeregu swych członków prof. dr. A. Januszkiewicza i prof. dr. Władysława Dziewulskiego; na Sekretarza Generalnego zaproszony został prof. dr. K. Michejda, na Redaktora naczelnego — prof. dr. W. Jakowicki, na Skarbnika — dr. W. Bądzyński. Ścisły termin Zjazdu wyznaczony przez Delegację Stałą w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym na dnie 26—29 września 1929 r. Po zakończeniu przygotowawczych czynności w organizacji Wydziału Naukowego będzie podany wykaz gospodarzy i sekretarzy sekcyj w najbliższym komunikacie. Za Delegację Stałą Zjazdu: *Doc. dr. T. Janiszewski*, sekretarz. *Prof. dr. S. Ciechanowski*, przewodniczący. Za Komitet Organizacyjny Zjazdu: *Prof. dr. A. Januszkiewicz*, przewodniczący. *Prof. dr. K. Michejda*, sekretarz generalny.

Stowarzyszenie Lekarzy Poskich, pragnac przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem dwóch lat ubiegłych, w siedzibie swej (Warszawa, Widok 23) serię odczytów z dziedziny klimatoterapji i balneoterapji polskiej. Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. III. Serja odczytów: Piątek dnia 27 kwietnia, o godz. $8^1/_2$ wieczorem. Dr. Władysław Podsoński: Lubień Wielki (zdrój siarczany pod Lwowem.

Ze świata.

VI-ty Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, w skład którego wchodzą: prof. Gunn w zastępstwie prof. Theobalda Smitha, prof. Calmette, dr. Dewez, prof. Raffaele Paoluci, Sir Robert Philip, prof. Leon Bernard, sekretarz generalny i dr. F. Humbert, zastępca gen. sekretarza, ustalił na posiedzeniu dnia 26. I. b. r. w Paryżu prowizoryczny program VI-tego Zjazdu Międzynarodowego, który odbędzie się w Rzymie od 24—29 września b. r. pod auspicjami włoskiego związku przeciwgruźliczego. Wybór referentów, którzy mają opracować i wygłosić trzy programowe referaty z dziedziny gruźlicy, został dokonany jak następuje: 1) Temat biologiczny: „Postaci przesączalne zarazka gruźliczego" — prof. Calmette z instytutu Pasteura w Paryżu, 2) Temat kliniczny: „Rozpoznawanie gruźlicy dziecięcej" dr. Rocco Jemma, profesor uniwersytetu w Neapolu, 3) Temat społeczesny: „Organizacja profilaktyki przeciwgruźliczej na wsi" — dr. Williajm Brand, z angielskiego związku przeciwgruźliczego. Liczba tematów, które będą przedmiotem dyskusji, została ściśle ograniczona do trzech wyżej wymienionych. Wszelkie doniesienia, niedotyczące wymienionych zagadnień, nie będą przyjęte. Obok powyższych trzech tematów głównych będą wygłoszone (bez dyskusji) następujące referaty: 1) „Wspomnienie o Forlaninim" — prof. E. Morelli z uniwersytetu w Pawji. 2) „Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc" — prof. Brauer z Hamburga. 3) „Ubezpieczenie obowiązkowe od gruźlicy we Włoszech" — referent włoski. 4) „Organizacja przeciwgruźlicza w przemyśle medjolańskim" — referenci: prezes konfederacji, przemysłu, inżynier i lekarz-inspektor fabryczny. Zwiedzanie głównych ośrodków organizacji przeciwgruźliczej we Włoszech będzie udostępnione uczestnikom zjazdu od dnia 15 września b. r. Program wycieczek zostanie później ustalony i przesłany uczestnikom zjazdu. Zapisy na Zjazd. Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego są zaproszeni na zjazd i otrzymują bezpłatnie sprawozdania. Udział swój winni zgłosić za pośrednictwem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Spraw Wewnetrznych) lub Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15 lipca b. r. W Zjeździe mogą wziąć również udział lekarze, którzy nie są członkami Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego przedstawieni przez Dep. Służby Zdrowia (M. S. W.) lub Polski Związek Przeciwgruźliczy, Chocimska 24. Opłata za udział w Zjeździe wynosi 100 lirów od osoby. Członkowie Zjazdu, którzy pragną wziąć udział w dyskusji i wypełnili powyższe warunki zapisu, mogą być zawczasu zgłoszeni za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, o ile nadeślą odpowiednie zawiadomienia do dnia 15 lipca b. r. W dyskusji pierwszeństwo będą mieli ci uczestnicy zjazdu, którzy sie wcześniej zapiszą do głosu. Celem organizacji wspólnej wycieczki z Małopolski wschodniej na Zjazd należy zgłosić się do p. dra Marcina Selzera, lekarza we Lwowie, ul. Halicka 21.

Sprostowanie omyłek druku.

W numerze 14-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z 1 kwietnia 1928 r. zaszły następujące omyłki druku:

na stronicy 257, szpalta druga, wiersz 2-gi od dołu zamiast „karmienia" ma być „karmienie";

wiersz 8-my od dołu zamiast „sevroge" ma być „sevrage";

na stronicy 258, szpalta pierwsza wiersz 7-my od góry zamiast „Odżywienie" ma być „Odłączenie":

wiersz 8-my od góry zamiast „Morfen" ma być „Morfan":

wiersz 12-ty od góry zamiast „Romon" i „Enfant" ma być „Roman" i „Enfants";

wiersz 14-ty od góry zamiast „par" i „anemipue" ma być „pur" i „anemique":

wiersz 15-ty od góry zamiast „entéritis" ma być „entérites";

wiersz 26 od góry zamiast „odtłuszczenia" ma być „otłuszczenia".

W artykule Dra A. Ławrynowicza i T. Ciosłowskiego p. t.: „Odczyny serologiczne kiłowe u położnic" ogłoszonym w numerze 16-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronie 293, druga szpalta w wierszu ostatnim zamiast *„praktycznie możliwem"* ma być *„praktycznie niemożliwem"*.

W ogłoszonem w numerze 16-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z roku bież. sprawozdaniu z posiedzenia Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, jakie się odbyło w dniu 4 lutego b. r. na stronie 303, szpalta druga, wiersz 17-ty od góry zamiast *„spinocellulare"* ma być *„basocellulare"*.

W ogłoszonym w numerze 16-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. artykule prof. Dr. E. Macheka p. t.: „Okulistyka we Lwowie w latach 1772 do 1927" na stronicy 298, szpalta pierwsza, wiersz 16-ty od dołu zamiast XV ma być XIV.

W numerze 17-tym na str. 318, szpalta pierwsza, wiersz 1 od dołu zamiast 2,602 ma być 2,702, zaś w wierszu 10 od dołu zamiast 175.526 ma być 145.526.

Redakcja otrzymała:

Czasopisma „Narkose und Anaesthesie". Zeszyt 4, z 15 kwietnia 1928.

W. Grzywo-Dabrowski: „Projekt organizacji rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego w Polsce". Odb. z Czasopisma Sądowo-lekarskiego, Nr. 1 z r. 1928.

Société des nations: „Rapport annuel de l'organisation d'hygiène pour 1927".

Sprawozdanie Szpitala izraelitów w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1927 r.

Polski kalendarz lekarski, za rok 1928. Nakładem Księgarni Nowości, rocznik III.

E. Sonnenberg: „O długotrwałem wchłanianiu się zasadowego azotanu bizmutu i o wynikających stad ze stanowiska terapji konsekwencjach". Odb. z Warsz. Czasopisma lek. Nr. 12 z r. 1925.

E. Sonnenberg: „Die Einspritzungen des Magisterium Bismuti als prophylaktische Konception". Odb. z Dermatologische Wochenschrift Nr. 48 z r. 1927.

E. Sonnenberg: „O leczeniu tocznia nadmanganianem potasu". Odb. z Warsz. Czasopisma lek. Nr. 1 z r. 1927.

Société des nations: „Organisation d'hygiene". „Liste des publications".

Lortat-Jacob et Poumeau-Delille: „La syphilis medullaire". Masson et Cie. Paris. 1928.

Jiri Brdlik i Jos. Svejcar: „Strucna therapie detskych nemoci" pro lékare a mediky. Praga 1928.